

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

**GRADO DE SATISFACCIÓN Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ENTREGADA
EN LA VISITA PRE ANESTÉSICA, Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE
ANSIEDAD PRE QUIRÚRGICA EN PACIENTES QUE SE SOMETERÁN A
CIRUGÍA PROGRAMADA EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS,
DE LA CIUDAD DE QUITO; DE JUNIO A JULIO DEL 2016.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORES:

PÉREZ VEGA ESTEBAN FABIÁN

ZAMBRANO CEDEÑO LUIS VICENTE

TUTOR METODOLÓGICO:

DR. HUGO PEREIRA

QUITO 2016

DEDICATORIA

ESTEBAN

A mis padres Fabián y Catalina por ser mi mayor inspiración y apoyo.

LUIS

La presente tesis está dedicada a Dios ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera.

A mis padres porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona

A mis abuelos, hermana y primos, por sus palabras, que pese a la distancia estuvieron siempre ahí para apoyarme y darme aliento para poder cumplir mis objetivos.

A mi novia por sus palabras y su confianza para realizarme profesionalmente, a mis amigos, compañeros y a todas aquellas personas que de una u otra forma han contribuido para el logro de mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres, hermanas y familiares por su infinito apoyo y amor.

Al Dr. Jaime Quezada, por los consejos brindados y ayuda en la selección del tema tesis.

Al Dr. Hugo Pereira, por su trabajo como director de tesis y la ayuda brindada en la parte metodológica de este estudio.

A las autoridades, médicos y personal del Hospital General Enrique Garcés, por su gran colaboración con la realización de esta investigación.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por darnos la formación académica necesaria para desarrollarnos en esta maravillosa vocación.

Tabla de contenido

RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	11
CAPITULO I.....	13
Introducción	13
CAPITULO II.....	17
Marco teórico	17
2.1 Ansiedad.....	17
2.1.1 Definición.....	17
2.1.2 Teorías Explicativas de la Ansiedad	18
<i>Teorías Psicoanalíticas</i>	18
<i>Teorías Conductuales</i>	19
<i>Teorías Biológicas</i>	19
<i>Teorías de la Personalidad</i>	20
2.1.3 Ansiedad de Estado vs Ansiedad de Rasgo.....	21
2.1.4 Sinónimos de Ansiedad y su Diferenciación.....	22
<i>Ansiedad vs Miedo</i>	22
<i>Ansiedad vs Estrés</i>	22
<i>Ansiedad vs Angustia</i>	24
2.2 Proceso Anestésico Quirúrgico y Ansiedad	25
2.2.1 Hospitalización.....	25
2.2.2 Proceso Quirúrgico.....	26
2.3 Visita Pre Anestésica	30
2.3.1 Historia.....	31
2.3.2 Definición.....	33
2.3.3 Importancia	34
2.4 Información Preoperatoria.....	37
2.5 Satisfacción con la Atención de Salud.....	41
CAPITULO III	44
Materiales Y Métodos	44
3.1 Planteamiento del Problema.....	44
3.2 Objetivos	44
3.3 Hipótesis	45
3.4 Metodología.....	45
3.4.1 Matriz de Variables	45
3.4.2 Operacionalización de Variables.....	46
3.4.3 Muestra	48
<i>Criterios de Inclusión</i>	49
<i>Criterios de Exclusión</i>	49
3.4.4 Tipo de estudio.....	49
3.4.5 Procedimientos de Recolección de Información.	50
3.4.6 Plan de Análisis de Datos	51

3.5 Aspectos Bioéticos	52
3.5.1 Autonomía	52
3.5.2 No Maleficencia	52
3.5.3 Beneficencia	53
3.6 Justificación	54
CAPITULO IV	56
Resultados	56
4.1 Características Sociodemográficas.	56
4.2 Estudio de la Ansiedad	57
4.3 Estudio de Satisfacción	59
4.4 Información Adquirida	59
4.5 Necesidad de Información	60
4.6 Análisis Bivarial	61
4.6.1 Ansiedad y Satisfacción	61
4.6.2 Ansiedad e Información Adquirida	62
4.6.3 Ansiedad y Necesidad de Información	62
4.6.4 Información Adquirida y Satisfacción	63
4.6.5 Necesidad de Información y Satisfacción	63
CAPITULO V	64
Discusión	64
Limitaciones del estudio	67
CAPITULO VI	69
Conclusiones Y Recomendaciones	69
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	80
Anexo 1. Escala de Ansiedad e información pre quirúrgica de Ámsterdam (APAIS)	80
Anexo 2. Escala de satisfacción y calidad información entregada en la visita pre anestésica de Snyder Ramos	81
Anexo 3. Cuestionario De Visita Preanestesica Y Ansiedad	82
Anexo.4 Consentimiento Informado Pacientes	84
Anexo 5. Tablas análisis bivarial	88

Lista de tablas

Tabla 1 Características demográficas de los pacientes sometidos a cirugía programada en el Hospital Enrique Garcés de junio a julio del 2016	56
Tabla 2 Prevalencia de ansiedad pre quirúrgica según variables demográficas y variables independientes en el Hospital Enrique Garcés de junio a julio del 2016.	58
Tabla 3 Asociación entre ansiedad pre quirúrgica con los grados de satisfacción con la visita pre anestésica en el Hospital Enrique Garcés de Junio a Julio del 2016	61
Tabla 4 Asociación entre ansiedad pre quirúrgica e información adquirida durante la visita pre anestésica en el Hospital Enrique Garcés de junio a julio del 2016	62
Tabla 5 Asociación entre ansiedad pre quirúrgica y necesidad de información del paciente después de la visita pre anestésica en el Hospital Enrique Garcés de junio a julio del 2016	62
Tabla 6 (Anexo) Análisis estadístico bivariado entre los grupos muy satisfechos y medianamente satisfechos después de la visita pre anestésica con ansiedad pre quirúrgica.....	88
Tabla 7 (Anexo) Análisis estadístico bivariado entre los grupos muy satisfechos y poco satisfechos después de la visita pre anestésica con ansiedad pre quirúrgica.	88
Tabla 8 (Anexo) Análisis estadístico bivariado entre los grupos poco satisfechos y medianamente satisfechos después de la visita pre anestésica con ansiedad pre quirúrgica.....	89

Tabla 9 (Anexo) Análisis estadístico bivarial entre necesidad de información después de la visita pre anestésica con ansiedad pre quirúrgica.....	89
Tabla 10 (Anexo) Análisis estadístico bivarial entre información adquirida en la visita pre anestésica con grado de satisfacción de la visita preanestesica.....	90
Tabla 11 (Anexo) Análisis estadístico bivarial entre el grupo muy satisfechos y poco satisfechos después de la visita pre anestésica con necesidad de información	90

Lista de ilustraciones

Ilustración 1 Prevalencia de Ansiedad	57
Ilustración 2 Frecuencia Satisfacción.....	59
Ilustración 3 Frecuencia información adquirida	60
Ilustración 4 Frecuencia Necesidad de información	60

RESUMEN

Objetivo: Relacionar los grados de satisfacción y la calidad de la información entregada en la visita pre anestésica, con los niveles de ansiedad durante el periodo pre quirúrgico.

Materiales y Métodos: Estudio epidemiológico de corte transversal. Teniendo como universo la producción de cirugías programadas del último año (enero a diciembre del 2015) 3441 pacientes, se calculó la muestra usando un nivel de confianza de 95% (1,96), con un margen de error de 7% (0,07) y una proporción del 80% (0,8) basada en la prevalencia encontrada en estudios previos; se obtuvo un total de 123 pacientes que se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple.

Para medir la variable de ansiedad pre quirúrgica (dependiente), se utilizó la escala “ansiedad e información pre quirúrgica de Ámsterdam” (APAIS) validada por Moerman y colaboradores; para las variables grado de satisfacción e información adquirida en la visita pre anestésica (independientes), se utilizó el cuestionario “grado de satisfacción e información adquirida en la visita pre anestésica validado por Snyder Ramos y colaboradores. Previo a la recolección de la información se realizó prueba piloto para ajustar los instrumentos.

El análisis de datos se realizó con el programa Epi Info 7 para Windows. Para el análisis inferencial se utilizó Odds Ratio (OR) como medida estadística de asociación entre variables cualitativas, y como medida de significancia se aplicó la prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates con un error alfa de 5% e intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Se obtuvo una prevalencia de ansiedad pre quirúrgica de 41.46% (IC 95%: 32.65 y 50.69). Solo el 33.3% (IC 95%: 25,09 y 42.40) de la población estuvo muy satisfecho con la visita pre anestésica, además se encontró que el apenas el 13.82% (IC 95%: 8,26 y 21,20) de la población recibió una información adecuada durante la visita pre anestésica.

El grado de satisfacción y la ansiedad pre quirúrgica tuvieron asociación estadísticamente significativa $p < 0,05$ con un OR de 41,2 (IC 95%: 7,7- 220).

Conclusiones: A mayor grado de satisfacción con la visita pre-anestésica y mayor calidad de información entregada, menor es el nivel de ansiedad pre quirúrgica.

ABSTRACT

Objective: Relate the degree of satisfaction and the quality of the information provided in the pre-anesthetic visit, with anxiety levels during the pre-surgical period.

Materials and methods: Epidemiological cross-sectional study. Based on the prevalence found in previous studies, the sample was calculated using a confidence level of 95% (1.96), with a margin of error of 7% (0.07) and a proportion of 80% (0.8). With this formula, and using a simple random sampling, a total of 123 patients were obtained out of a universe of 3441 surgeries scheduled from January to December of 2015.

The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS), validated by Moerman et al., was used for measuring the “pre-surgical anxiety variable” (dependent); while the variables “satisfaction and information acquired in the pre-anesthetic visit” (independent) were measured using the questionnaire “satisfaction and information acquired in the pre-anesthetic visit”, validated by Snyder Ramos et al. A pilot test was performed prior to the data collection in order to adjust the instruments.

Data analysis was accomplished using Epi Info 7 for Windows. Odds Ratio (OR) was used as a statistical measure of association for the inferential analysis between qualitative variables, while, as a measure of significance, it was used chi.square test with Yates correction based on an alpha error of 5% and confidence intervals of 95%.

Results: It was obtained a prevalence of preoperative anxiety of 41.46% (95% CI 32.65 and 50.69).

Only 33.3% (95% CI 25.09 and 42.40) of the population was very satisfied with the pre anesthetic visit, In addition it was found that just 13.82% (95% CI: 8.26 and 21.20) of the population received adequate information during the pre-anesthetic visit.

It was found statistically significant association $p < 0.05$ between satisfaction and pre surgical anxiety with an OR of 41.2 (95% CI: 7, 7- 220).

Conclusions: The higher degree of satisfaction of patients with the pre-anesthetic visit and the higher quality of the information received, the lower the anxiety level during the pre-surgical period.

CAPITULO I

Introducción

El estado de ansiedad se puede definir como el estado emocional momentáneo y transitorio que resulta de una situación estresante. (Jhonston, 1980)

El paciente pre quirúrgico se enfrenta a varias situaciones estresantes como: el ambiente hospitalario, la realización de exámenes, el miedo a lo desconocido, el miedo a los posibles resultados (discapacidad, perder la vida). Es por esto que existe una gran prevalencia de ansiedad en pacientes pre quirúrgicos, que según numerosos estudios varía entre el 60% y 80%. (Naranjo & Salazar, 2012) (Jlala, French, Foxall, Hardman, & Bedfordth, 2010). Es de particular importancia clínica el diagnostico, manejo y prevención de la ansiedad pre quirúrgica, ya que, la misma no solo se caracteriza por sentimientos de disforia; sino que, se manifiesta con un sinnúmero de alteraciones fisiológicas que pueden afectar el normal desarrollo de procesos como: la anestesia, la cirugía y la recuperación (Valenzuela-Millán, Barrera-Serrano, & Ornelas-Aguirre, 2010).

Se ha evidenciado que la ansiedad puede desencadenar hipertensión, arritmias, incrementar los requerimientos de fármacos para producir inconsciencia, aumentar la percepción al dolor por lo que los pacientes requieren mayor número de analgésicos en el postoperatorio.(Williams & Jones, 1968)(Ip, Abrishami, Peng, Wong, & Chung, 2009)(Badner, Nielson, Munk, Kwiatkowska, & Gelb, 1990). Por esto la disminución de la ansiedad pre quirúrgica es lo deseado para mejorar los resultados quirúrgicos y anestésicos, disminuir el tiempo de hospitalización y minimizar alteraciones del estilo de vida. (Jlala, French, Foxall,

Hardman, & Bedford, 2010)(Valenzuela-Millán, Barrera-Serrano, & Ornelas-Aguirre, 2010)

La visita pre anestésica se define como el proceso de evaluación clínica que precede a la prestación de servicios de anestesia para la cirugía. La misma que está conformada por: revisión del historial médico, entrevista personal, examen físico, solicitud y análisis de exámenes complementarios; que están encaminados a descubrir una enfermedad o desordenes que puedan alterar el normal desarrollo del cuidado anestésico. Evaluación de una enfermedad ya conocida o terapias que pueda afectar el cuidado anestésico, y al desarrollo de planes específicos y alternativas para el cuidado anestésico (ASA, 2012). Parte fundamental de la visita pre anestésica es la preparación psicológica del paciente para la cirugía, ya que, la mayoría de los mismos perciben este evento estresante como el mayor y más atemorizante día de su vida; lo que lleva a un estado de ansiedad con el aumento del riesgo peri operatorio. (Barash & Collen, Preanesthetics evaluation and Preparation, 2009).

Uno de los objetivos principales de la visita pre anestésica es disminuir la ansiedad pre quirúrgica, para alcanzar esta meta es fundamental que la misma sea de calidad; que sea informativa, educacional, que responda todas las dudas y disipe los miedos que tenga el paciente sobre los procedimientos a los que será sometido. Revisiones bibliográficas demuestran que a mayor conocimiento de los pacientes sobre los procedimientos, riesgos y posibles resultados su estado de ansiedad disminuye. (Jlala, French, Foxall, Hardman, & Bedford, 2010)(Kajal, Shrividya, & Pratibha, 2015)(Lee, Chui, & Gin, Educating patients about anesthesia: A systematic review of randomized controlled trials of media-based interventions., 2003) Existen estudios como el de Edberg et al. que

demostró que los pacientes se encuentran más preparados para la cirugía con una visita pre anestésica informativa que administrando 2mg/kg de fenobarbital. (Egbert, Battit, Turndorf, & Beecher, 1963) Otros autores recomiendan el uso de apoyo como videos y trípticos explicativos, que ayuden a que la entrevista pre anestésica proporcione la mayor cantidad de información al paciente. (Kajal, Shrividya, & Pratibha, 2015)(Lee, Chui, & Gin, Educating patients about anesthesia: A systematic review of randomized controlled trials of media-based interventions., 2003)

Durante la visita pre anestésica se debe cumplir con la entrega de una información básica, clara y de total entendimiento por parte del paciente, la cual debe abarcar los temas que son fundamentales al momento de la entrevista; los mismo que son: anestesia definición y características, tipos de anestesia sus respectivas particularidades, seguridad y riesgos de la anestesia, personal encargado del proceso anestésico.(Ortiz & Suwei, 2015) Además Fitzgerald and Elder demostraron que un folleto sencillo que contenga esta información básica es capaz de disminuir los temores más comunes sobre la visita pre anestésica.(Fitzgerald & Elder, 2008)

La visita pre anestésica que se realiza en el Hospital General Enrique Garcés es realizada por médicos tratantes y postgradistas de anestesiología; la misma se da en tres etapas. La primera es la revisión de la historia clínica del paciente. La segunda etapa se realiza mediante la aplicación de un instrumento llamado historia clínica enfocada a la anestesia, que consta de datos de filiación, una breve anamnesis enfocada a los antecedentes, examen físico y exámenes complementarios; esta etapa determina el riesgo anestésico, cardiovascular, de sangrado, y de entubación. La tercera etapa comprende la entrega de

información por parte del médico, la firma del consentimiento informado en donde se comunica los procedimientos a realizarse, los riesgos del procedimiento y los resultados esperados.

Según la observación, no sistematizada realizada por los autores del presente trabajo, este proceso no se cumple en todos los casos y no siempre se siguen todas las etapas con rigurosidad, sobre todo en lo que respecta a la información entregada.

CAPITULO II

Marco teórico

2.1 Ansiedad

2.1.1 Definición

El termino ansiedad históricamente ha demostrado dificultades para su conceptualización, debido a su naturaleza subjetiva. Su origen se puede rastrear en el vocablo griego *angh* (estrecho, oprimido) utilizado en el periodo helenístico al que se le denominó la “edad de la ansiedad”; debido a las constantes hambrunas, epidemias y guerras a las que estuvo sometido surgió un sentimiento de angustia generalizado que se ve representado en sus esculturas, que expresan sentimientos extremos y orgiásticos que se contraponen con la serenidad clásica de otras épocas. (Calleja Salado).

Posteriormente este término vuelve a tomar relevancia con el filósofo existencialista danés Kierkegaard quien en el siglo XIX publica su trabajo denominado “El concepto de angustia” donde esboza los primeros intentos de describir este fenómeno y sus posibles causas y orígenes.(Gron, 1995)

No es hasta mediados del siglo XX cuando Freud empieza a describir la naturaleza de la ansiedad desarrollando su teoría a lo largo de los años, en la cual finalmente afirmaría que la ansiedad es una condición emocional desagradable acompañada de descargas secundarias a una sensación de peligro inminente.(Freud & Bunker, 1936)

Por la importancia dada por Freud, las diferentes corrientes psicológicas como las: psicoanalíticas, humanistas, conductuales, cognitivo-conductuales, psicobiológicas, mostrarían gran interés en investigar y desarrollar teorías. Esto ha resultado en la ambigüedad del concepto y confusión terminológica, ya que, al ser escuelas tan distintas la ansiedad a lo largo de los años ha sido descrita como: reacción emocional, rasgo de personalidad, estado, síntoma, trastorno mental.

Para el propósito de esta investigación se tomará la definición dada por Miguel Tobal especialista en ansiedad, que describe la misma como una respuesta emocional desagradable de tensión y aprensión, que se puede acompañar con respuestas fisiológicas caracterizadas por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La ansiedad se puede desencadenar tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto tales como ideas, pensamientos, imágenes, que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. La capacidad de los estímulos de desarrollar ansiedad está dada por las características del sujeto, existen notables diferencias en la propensión a desarrollar la misma ante las diversas situaciones.(Gaudencio Bezerra , 1997).

2.1.2 Teorías Explicativas de la Ansiedad

Teorías Psicoanalíticas

Estas teorías, encabezadas por Freud, postulaban en un inicio que la ansiedad era resultado de un conflicto intrapsíquico entre los impulsos instintivos (sexuales, libidinosos) del ello, y las prohibiciones del superyó; así la ansiedad

es una señal de alerta en respuesta a estos pensamientos inaceptables que evita que afloren a la superficie.

Ulteriormente Freud se retracta y en estudios posteriores afirma que, la ansiedad es una respuesta interna que alerta al individuo de un peligro inminente. (Freud & Bunker, 1936)

La teoría psicoanalítica ha despertado mucho interés y seguidores, esto ha permitido que el concepto evolucione hasta pasar de ser una simple emoción a convertirse en un constructo central de los conflictos intrapsíquicos, y desde un simple síntoma a una serie de trastornos psicopatológicos. (Sadock & Sadock, 2009)

Teorías Conductuales

Las teorías conductuales o de aprendizaje sostienen que la ansiedad es una respuesta condicionada ante un estímulo ambiental específico.

Existen dos modelos dentro de esta teoría, el primero el del condicionamiento clásico, en el que, el individuo desarrolla esta respuesta condicionada ante el estímulo o situaciones similares que le generaron temor. Y el segundo modelo que es el del aprendizaje social, en el cual el individuo puede desarrollar respuestas de ansiedad al imitar la ansiedad presente en su entorno. (Sadock & Sadock, 2009)

Teorías Biológicas

Observaciones de que la ansiedad y el pánico es una reacción frente a una serie de estímulos estresantes inespecíficos y de que varía de persona a persona

sugiere la existencia de bases biológicas más específicas en este trastorno.
(Sadock & Sadock, 2009)

Numerosos son los postulados que la teoría biológica ha logrado generar gracias al estudio de neuroimagen y análisis de neurotransmisores, en resumen se ha evidenciado:

- Una hiperreactividad del locus caeruleus en el cual se encuentra la mayoría de las neuronas noradrenérgicas que secretan noradrenalina, neurotransmisor que mal regulado produce insomnio, sobresalto, e hiperactividad autónoma.
- Desregulación de la modulación serotoninérgica.
- Reducción de la unión al complejo del receptor GABA- Benzodiacepinas
- Quimiorreceptores del tronco cerebral hipersensibles al CO₂ lo que produce una falsa alarma de asfixia.
- Red del miedo condicionado hipersensible centrado en la amígdala

Teorías de la Personalidad

Dentro de la psicología de la personalidad existen fundamentalmente dos enunciados, que posteriormente serían unificados para formular una teoría fuertemente fundamentada, y en la que muchos médicos clínicos se han basado para desarrollar los instrumentos de detección de ansiedad necesarios en su práctica de día a día.

Los primeros enunciados mencionaban que la ansiedad era endógena y se debía a las características de la personalidad del sujeto, se reconocieron dos

tipos: la ansiosa en la que está el introvertido neurótico con una autoevaluación de si mismo negativa, expectativas negativas sobre la tarea lo que generaría nerviosismo, tensión; y la personalidad no ansiosa como la extrovertida estable. (Perpiñá Galvañ, 2012)

Posteriormente se formula el segundo enunciado, que menciona que la ansiedad depende más de las situaciones y de los estímulos a los que es sometido el sujeto, y no tanto de sus rasgos de personalidad.

Spielberger formula su teoría integradora, ansiedad estado-rasgo unifica estos dos enunciados, y afirma que la ansiedad es una respuesta a situaciones de estrés y la intensidad de la misma esta mediada por características cognitivas propias de cada individuo.(Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970)

2.1.3 Ansiedad de Estado vs Ansiedad de Rasgo

La ansiedad de estado se define como una condición emocional transitoria en el sujeto frente a una situación de estrés, que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión acompañado o no de hiperactividad autónoma

La ansiedad de rasgo es una propensión ansiosa por parte del sujeto, casi permanente y que se ve incrementada ante situaciones que percibe como amenazadoras. (Guillen paredes, 2014)

2.1.4 Sinónimos de Ansiedad y su Diferenciación

Ansiedad vs Miedo

Si bien estos dos términos son utilizados de forma equivalente en la literatura médica, es oportuno realizar una distinción conceptual entre estos dos términos.

El miedo es descrito como una evaluación intelectual del estímulo amenazador, mientras que la ansiedad implica la respuesta emocional a la evaluación de esa amenaza. Otra diferencia que se puede realizar es que el miedo se da ante un peligro inminente mientras que la ansiedad se da ante estímulos difusos y no necesariamente reales. (Dos Reis Quintao, 2010)

Si bien las dos producen respuestas fisiológicas semejantes, en el miedo la respuesta es rápida e intensa, lo que le permite al individuo activar el mecanismo de lucha o huida ante la amenaza concreta; en cambio en la ansiedad la respuesta no es tan inmediata ni intensa, pero no se va rápido, ya que, aparecen un conjunto de sensaciones desagradables de incomodidad continua y permanente. (Guillen Paredes, 2014)

Ansiedad vs Estrés

Históricamente la distinción entre estos dos términos ha planteado una verdadera dificultad para los diferentes investigadores que han abordado este tema, y la mayoría de diferenciaciones que se han propuesto, no satisfacen por completo a la comunidad científica. Por esto aun en la actualidad, en muchas publicaciones se los utiliza como equivalentes o sinónimos.

La Psicología es la rama de la ciencia que mayores esfuerzos a realizado por esbozar una distinción.

Se define al estrés como una respuesta inespecífica ante una diversidad de exigencias, se trata de un proceso adaptativo de emergencia fundamental para la supervivencia de la persona. Al estrés no se lo considera una respuesta emocional en sí, en cambio, es un generador de emociones. (Ortega, Ortega, & Zubeidat, 2003)

En el campo de la Psiquiatría se considera al estrés como un potente modulador del comportamiento humano y está implicado en la etiología de los trastornos del ánimo. Para el DSM V tras la exposición a un estímulo estresante la presencia de síntomas disociativos es natural y no requiere ningún diagnóstico, pero si estos síntomas persisten por más de un mes a pesar de ya no estar presente el estímulo, el diagnóstico de un trastorno de ansiedad es apropiado. (Dos Reis Quintao, 2010)

La Psicofisiología los diferencia, enunciando que en la ansiedad lo que predominan son los sentimientos subjetivos, en cambio en el estrés lo que predomina son los procesos fisiológicos tanto físicos como psicológicos que permiten al individuo afrontar la amenaza; por lo cual, cierto grado de estrés es fundamental, sin embargo si el estímulo persiste se producirá una fase de agotamiento en el que, el estrés comienza a alterar la homeostasis del cuerpo facilitando la aparición de enfermedades tanto físicas como psicológicas. (Ortega, Ortega, & Zubeidat, 2003)

Ansiedad vs Angustia

El problema con estos dos términos se remonta a su origen en el vocablo alemán *angh*, que fue traducido al inglés como *anxiety*, y al español como *angustia*, lo que dio lugar a que en el idioma español existan dos términos para un mismo trastorno.

En la década de los 60 existieron esfuerzos de investigadores españoles para diferenciar estos dos términos, aludiendo que en la angustia predominaban los síntomas físicos mientras que en la ansiedad predominaban los síntomas psíquicos. Pero debido a la gran influencia que tiene la literatura inglesa en el mundo hispano hablante con la publicación del DSM V, donde los trastornos de ansiedad agrupan tanto síntomas físicos como psíquicos, en la actualidad estos dos términos se los utiliza como sinónimos. (Casado Morales, 1994)

2.2 Proceso Anestésico Quirúrgico y Ansiedad

El proceso anestésico quirúrgico en general es una situación muy estresante capaz de generar ansiedad de estado debido a numerosos factores:

2.2.1 Hospitalización

La hospitalización constituye uno de los principales acontecimientos vitales estresantes, y puede ser percibido como una amenaza debido a tres factores: (Perpiñá Galvañ, 2012)

- El ambiente institucional es propicio para que el paciente experimente la pérdida de intimidad, la separación con sus familiares, el abandono del entorno y roles habituales; y finalmente, el ambiente ruidoso que puede llevar a cambios del patrón del sueño, insomnio y desorientación.
- En la relación médico paciente es habitual el uso de jerga médica y brindar poca información al paciente para no alarmarlo, todo esto acompañado de la relación desequilibrada de poderes entre médico y paciente, al que se le otorga un papel pasivo y se lo despersonaliza para no involucrarse emocionalmente, genera incertidumbre y desarrollo de ansiedad.
- El tercer factor al cual se puede deber la ansiedad de causa hospitalaria es el comportamiento que adquiere el paciente para ser llamado “buen paciente”, se muestra colaborador sin cuestionar al médico lo que le genera sentimientos de indefensión y pérdida de control.

2.2.2 Proceso Quirúrgico

El proceso quirúrgico es sin duda el evento más amenazante que puede experimentar el paciente, debido a que lo considera como un proceso impredecible e incontrolable. Y del cual los pacientes, muchas veces, saben muy poco lo que genera una serie de miedos relacionados tanto con la anestesia como con la cirugía; sentir dolor durante la operación, no despertar de la anestesia, miedo a las posibles complicaciones y resultados del procedimiento quirúrgico son los más comunes.

Debido a este sinnúmero de estresantes la prevalencia de ansiedad pre quirúrgica es muy elevada, estudios de prevalencia muestran que 1 de cada 3 pacientes presenta malestar psicológico. (Guillen Paredes, 2014)

Es incuestionable el riesgo anestésico que existe, pero en los últimos años debido a los avances que se han logrado en fármacos, tecnología y formulación de nuevos protocolos que procuran, se lleve a cabo metodológicamente todo el proceso anestésico, desde la evaluación preoperatoria hasta el post operatorio; se ha logrado reducir la morbilidad de 1 por cada 10.000 pacientes en la década de los sesenta a 1 por cada 100.000 pacientes en la actualidad. (Guillen Paredes, 2014)

Estos adelantos han hecho que los investigadores se enfoquen en otros aspectos como la recuperación post anestésica, ya en la década de los noventa la ansiedad surgió como uno de los principales predictores que influye en muchos indicadores de la recuperación como: náuseas, vómitos, dolor post quirúrgico y estancia hospitalaria. Esto se puede deber tanto a los efectos

conductuales que adopta el paciente como a los cambios en los sistemas, autonómicos, neuroendocrino e inmunitario. (Perpiñá Galvañ, 2012)

Se ha evidenciado que la ansiedad no solo afecta la recuperación del paciente, sino que puede entorpecer el acto anestésico en si mismo debido a los cambios fisiológicos; esto señalan nuevas publicaciones, que indican que, desde el acto de colocar un catlon previo a la administración de la anestesia se puede dificultar debido a la vasoconstricción periférica, además por lo general se requiere mayor dosis de los fármacos para lograr la inconsciencia. Las alteraciones que produce ansiedad sobre las constantes vitales como la presión sanguínea, la frecuencia cardiaca y la temperatura, y complicaciones en pacientes predispuestos como las arritmias cardiacas, hacen que el riesgo anestésico se vea incrementado. (Queralto, 1994)

Como resultado era imperativo el desarrollo de escalas para medir la ansiedad, que puedan ser utilizadas en la práctica clínica durante la visita pre anestésica para reconocer esta variable en los pacientes pre quirúrgicos y poder hacer las intervenciones necesarias.

En principio y hasta la actualidad se utiliza el STAI (inventario de ansiedad rasgo-estado) desarrollado en 1970 por Spielberger, el que se considera el Gold Standard; por su consistencia interna y su validación externa con otras pruebas. Sin embargo, esta escala a sufrido criticas debido a: su incapacidad de distinguir entre síntomas de depresión y ansiedad, su impracticabilidad y falta de consistencia en el uso de poblaciones menos instruidas y la falta de una estructura que defina ansiedad presente de ansiedad ausente.(Dos Reis Quintao, 2010)

En la actualidad la escala de APAIS (escala de ansiedad y e información pre quirúrgica) ha surgido como la mejor opción para detectar ansiedad pre quirúrgica en la práctica clínica, esto se debe a que es una prueba específica que mide la ansiedad de estado de este evento estresante, es sencilla y rápida de realizar por ser un cuestionario corto de seis preguntas con alta consistencia interna y validación externa. Además que permite al médico averiguar el deseo de información que presenta el paciente, lo que ayuda en la preparación psicológica.(Moerman N, 1996)

Si bien existen incontables estudios que abordan el tema de la ansiedad y sus repercusiones sobre el proceso anestésico quirúrgico y de los muchos esfuerzos que se han hecho para desarrollar instrumentos adecuados para medirla, no se ha generado un interés similar en los clínicos por implementar y tomar conciencia de esta problemática; también son escasos los investigadores que han centrado sus estudios en formas de prevenir la ansiedad pre quirúrgica.

Entre las intervenciones más sencillas que el médico debe realizar de forma imperativa dentro de la preparación psicológica en la visita pre anestésica está la entrega de información al paciente, la cual deber ser en términos sencillos, clara, explicativa y estar destinada a responder y aclarar todos los temores que el paciente podría presentar. Esta intervención ha sido la más estudiada y se ha demostrado que es una variable capaz de reducir y prevenir la ansiedad, existen otras intervenciones y variables menos investigadas que se pueden realizar como las técnicas de relajación, imaginación guiada, apoyo de ex pacientes, y con el reciente advenimiento de las practicas que garanticen la calidad de atención en salud, que tiene a la satisfacción como principal indicador; es pertinente estudiar esta variable debido a que si bien se asume que un paciente

ansioso esta menos satisfecho, no existen publicaciones que investiguen el garantizar la satisfacción del paciente con la visita pre anestésica como intervención para prevenir la ansiedad pre quirúrgica. (Perpiñá Galvañ, 2012) (Lee & Gin, Educating patient about anaesthesia: effects of various modes on patients knowledge, anxiety and satisfaction, 2005)

2.3 Visita Pre Anestésica

Todo procedimiento quirúrgico entraña riesgos para el paciente. Una forma de minimizar estos riesgos, es la valoración previa a la cirugía, que determinará el manejo correcto durante la operación para minimizar los riesgos debido a enfermedades existentes, medicamentos o a la edad.

Los pacientes que van a someterse a un intervención quirúrgica, suelen llegar al quirófano con falta de información y desconocimiento sobre el proceso quirúrgico y todas las implicaciones del mismo, esto provoca una gran carga de ansiedad y temor

Considerando que, antes, durante y después de un proceso quirúrgico, el paciente se somete a una situación de estrés y que la anestesia puede provocar cambios en la circulación de la sangre y en otros procesos fisiológicos como: el metabolismo, la respiración y el funcionamiento normal de los órganos y sistemas, es necesario estar atentos ante el aumento del riesgo por una enfermedad preexistente o por otras amenazas potenciales.

Por esta razón, es importante que antes de someterse a una operación quirúrgica, ya sea programada o de emergencia, se haga una valoración pre anestésica en todos los casos, y especialmente en pacientes que sufren de algún tipo de enfermedad del corazón, de los pulmones, diabetes mellitus o simplemente pacientes de edad avanzada. Los riesgos que innecesariamente se corren durante una operación quirúrgica, pueden disminuirse grandemente si el paciente es controlado previamente por el médico, sopesando su riesgo de acuerdo a índices de valoración para prevenir complicaciones durante la cirugía.

(Gimeno Mora & Soldado Matoses) (Fernández Camino, Brujalence Hoyos, & Ortiz Carrasco, 2007)

2.3.1 Historia.

La primera referencia a la importancia de la visita por parte de un anestesiólogo antes de una intervención quirúrgica de riesgo data de 1949 (Lee J. , 1949). En la década de 1970 inicia la reflexión sobre la importancia de la visita pre anestésica en las publicaciones internacionales. Al inicio solo se mostraba reticencia ante esta práctica, pero poco a poco se demostró que la misma era muy útil y de mucho beneficio para los pacientes que iban a ser sometidos a una cirugía. (Mena de la Rosa & Rodriguez Mota, 2014)

A partir de la década de los 60 se ha venido discutiendo sobre cuáles son los índices que pueden indicar riesgo coronario o cardiaco en pacientes sometidos a cirugía, con preexistencia conocida o no de patología cardíaca, desde allí se ha trabajado mucho en la elaboración de índices a ser usados en un análisis uni o multivariado. Se cuenta ahora con índices como: los de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA siglas del nombre en inglés), los de Lee Goldman y las modificaciones realizadas por Detsky y colaboradores en 1986, y por Larsen y colaboradores en 1988. El índice de Goldman es mucho más utilizado por médicos internistas y el del ASA por anestesiólogos. (Evidencias y recomendaciones Catálogo maestro de guías de práctica clínica:, 2011)

Desde el comienzo de la Anestesiología como especialidad formal en 1939 hasta la actualidad se ha debatido sobre la utilidad de la visita pre anestésica, muchos

han sido los esfuerzos y muchos los argumentos que han impedido que hasta la actualidad existan guías clínicas estandarizadas. Una de las razones es que en la medicina moderna cada vez más científica y cada vez más deshumanizada, el costo-efectividad es lo que comanda y ha hecho que la visita pre anestésica sea muchas veces vista como un desperdicio de recursos y de tiempo.

La Asociación Americana de Anestesiología ante numerosos pedidos de la comunidad médica ha logrado estructurar con un comité de expertos, solo recomendaciones de cómo realizar la visita pre anestésica ante la falta de evidencia científica, lo que demuestra lo mucho que queda por investigar en esta área.(American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002)

Quizás uno de los científicos que más esfuerzos ha hecho por valorizar a la visita pre anestésica es Lawrence Egbert que ya en sus inicios como residente de Anestesiología del hospital de Massachusetts, se cuestionó con sus colegas lo que era concebido como uno de los privilegios y ventajas de ser anestesiólogo, la no necesidad de una interacción social cercana con el paciente. Motivado por estudios previos y por su deseo de convertir la Anestesiología en una práctica más humana, desarrolló numerosas investigaciones que demostraron los beneficios de la visita pre anestésica, por ejemplo logró demostrar que la visita pre anestésica era tan eficaz o más que la pre medicación con barbitúricos; su uso como sedante era habitual en esa época debido a la gran prevalencia de ansiedad (92%). Posteriormente realizó otros estudios que demostraron la utilidad de la visita pre anestésica para reducir el dolor posoperatorio.(Egberth & Jackson, 2013)

2.3.2 Definición.

La visita pre anestésica, conocida también como: valoración pre anestésica, valoración pre quirúrgica, es el primer paso del proceso anestésico, implica el abordaje del paciente y sus problemas, lo que permite la planificación del proceso. Tiene como objetivos y beneficios reducir la morbilidad del proceso anestésico-quirúrgico, optimizar los recursos, mejorar los resultados y la satisfacción del paciente. En la misma debería constar al menos cinco procedimientos fundamentales:

- Revisión del historial medico
- Entrevista con el paciente
- Examen físico orientado a la anestesia
- Solicitud de exámenes complementarios cuando el caso lo requiera
- Interconsulta a otras especialidades si el caso lo amerita

Se debe determinar el riesgo anestésico, mejorar el estado hemodinámico del paciente, establecer una estrategia anestesiológica y establecer una apropiada relación médico paciente para informarle adecuadamente y obtener la firma del consentimiento informado. Además se debe prescribir la medicación pre anestésica y poner una nota en la Historia Clínica del Paciente.

La visita pre anestésica, según el ASA, debería permitir identificar como mínimo problemas de corazón, pulmón, y metabólicos que necesiten valoración de otros especialistas y evaluar la vía área para identificar casos de difícil intubación. (Solsona Dellá, 2012)

Una conceptualización apropiada, para los fines de este estudio, es la que se menciona en la Guía sobre visita pre quirúrgica o pre anestésica del Hospital Universitario Carlos Haya, la visita pre anestésica es *“el proceso de personalización de atención y cuidados entre los profesionales a cargo, el paciente y/o la familia previo a una intervención quirúrgica programada, la que se realiza mediante una entrevista personalizada, la revisión de la historia clínica, el examen físico y exámenes complementarios y la clasificación del riesgo anestésico-quirúrgico, para minimizar el mismo y proporcionar información adecuada que permita disminuir la ansiedad”*. (Fernández Camino, Brujalence Hoyos, & Ortiz Carrasco, 2007)

2.3.3 Importancia

La visita pre anestésica es muy importante pues su verdadera finalidad va más allá de cumplir con una rutina, la meta de la misma es la reducción de la morbilidad peri operatoria relativa a la intervención quirúrgica y al propio acto anestésico. En todos los pacientes debe definirse el riesgo-anestésico-quirúrgico, y toda visita debe cumplir con los siguientes objetivos:

- Evaluación de la Historia Clínica, Examen Físico y Estudios complementarios
- Detección de patologías preexistentes y clasificación del riesgo individual
- Optimización del estado preoperatorio del paciente.
- Establecimiento de profilaxis específicas (de ser necesario)

- Consideración de las posibles interacciones medicamentosas con fármacos anestésicos.
- Establecimiento de una adecuada relación médico-paciente, que facilite la comprensión del proceso anestésico-quirúrgico por parte del paciente, disminuyendo así el grado de ansiedad presente.
- Desarrollo de una estrategia de anestesiología para minimizar los riesgos individuales peri operatorios.
- Entrega de la información adecuada y cobertura legal a través de la firma del consentimiento informado
- Determinación y pauta de la pre medicación.

Una adecuada revisión de la Historia Clínica junto a una anamnesis orientada pueden detectar el 97% de las patologías preexistentes y permitir la toma de decisiones sobre: la necesidad de exámenes complementarios, de interconsultas a otros especialistas, y de cuidados peri operatorios concretos. (Gimeno Mora & Soldado Matoses)

La organización de una visita pre anestésica (VPA) eficaz es un reto para cualquier servicio de Anestesiología, pues esta puede ocupar el 30% del tiempo médico y el 10% de los costos totales del procedimiento anestésico. La importancia de VPA está dada principalmente por dos situaciones: beneficios para el paciente con disminución de la morbilidad postoperatoria y beneficios para el hospital con la optimización de los recursos. Estos beneficios se consiguen en pacientes con graves comorbilidades y en pacientes con puntuaciones de la ASA I o II previstas para cirugías ambulatorias. Por otro lado,

la falta de valoración del estado de los pacientes o una evaluación ineficaz influye en el 11,6% de los accidentes intra operatorios, y pueden ser la causa de hasta el 40% de los fallecimientos. (Kluger, Tham, Coelman, Runciman, & Bullock, 2000)(Fisher, Chair, Beckman, Keneth, & Calkins, 2008)

2.4 Información Preoperatoria

Debido a los principios bioéticos como la autonomía, en la práctica de la medicina moderna, el paciente ha dejado de ser un simple espectador y ha pasado a tener un rol más activo en la toma de decisiones sobre los procedimientos médicos que se le van a realizar, para esto es fundamental la entrega de información por parte del profesional; la ley ecuatoriana ha respaldado este derecho del paciente por medio de la obligatoriedad del consentimiento informado, muchas veces mal interpretado por los médicos, pues, es más que una liberación de responsabilidades por parte del profesional, lo que hace es garantizar la certeza de que el paciente conoce su padecimiento, y los posibles riesgos que los procedimientos médicos tienen. Por lo tanto con su firma ha decidido libremente después de recibir la información adecuada entre la opción clínico quirúrgica que más le conviene. (Guillen Paredes, 2014)

En el literal H del artículo 7 de la ley orgánica de los sistemas de salud menciona que los pacientes tienen derecho a:

“Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y toma de decisiones respecto a su estado de salud y procedimiento de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la persona y para la salud pública”. (Congreso Nacional del Ecuador, 2006)

Lamentablemente en la práctica tanto tratantes, residentes e internos rotativos lo ven como una mera formalidad que debe ser cumplida y no realizan este procedimiento a cabalidad; según las observaciones no sistematizadas de los investigadores del presente estudio, la firma del consentimiento pocas veces es informativa, mucho menos como lo indica la ley un acto de autonomía del

paciente, ya que, al mismo no se le presentan todas las opciones de manejo y tratamiento, para que sea el quien pueda tomar decisiones y ejercer su voluntad. En casos más extremos se ha observado que, debido a las falencias que presenta el formato del consentimiento informado del Ministerio de Salud, los residentes de Anestesiología adjuntan al consentimiento firmado previo para cirugía los propósitos, resultados esperados y posibles complicaciones del acto anestésico, sin que el paciente los conozca o haya recibido aquella información. Por lo que, el consentimiento informado en el sector público es considerado por parte del paciente como un mero requisito más para poder acceder a la cirugía.

Como estudios realizados demuestran, muchas son las ideas equivocadas y confusiones que los pacientes tienen respecto a la Anestesiología debido a la falta de relación médico paciente adecuada; por ejemplo, se ha observado que en promedio solo el 65% de los pacientes saben que el anestesiólogo es un doctor, con respecto a los deberes del anestesiólogo son muy poco entendidos por parte de los pacientes el 54% reconoció que el anestesiólogo se encarga de monitorizar al paciente, apenas 10% conoce que es el encargado de mantener al paciente inconsciente, y solo el 25% reconoció saber de otras responsabilidades del anestesiólogo fuera del quirófano como en cuidados intensivos, terapia del dolor e investigación. (Klafta & Roizen, 1996)

Ante esta problemática y controversia numerosos investigadores han centrado el campo de su estudio en las ventajas de brindar una adecuada información al paciente y establecer una correcta relación médico paciente y lo han hecho por medio de la visita pre anestésica a la que consideran el momento ideal para hacerlo. Sin embargo, aunque se realice la visita pre anestésica esta no siempre

es efectiva en el momento de informar, ya que no existen guías estandarizadas que mencionen el tipo de información que se debería dar al paciente, tampoco como hacerlo; a esto se suma, que en la comunicación verbal no existe una adecuada retención de conocimientos por parte de los pacientes. (Elisabeth H. Sandberg, Ritu Sharma, & Warren S. Sandberg, 2012) Todo esto ha generado que la visita pre anestésica sea percibida como una recolección de información por parte del médico, más que una entrevista informativa y explicativa para el paciente, perdiendo así la visita pre anestésica una parte fundamental de su razón de ser.

Ante la notoriedad en la comunidad científica de esta problemática, muchos estudios han ido encaminados a resolverla, ya sea, como en el caso Roizen y Klapfta que proponen los elementos fundamentales para garantizar una adecuada visita pre anestésica como son: iniciar la sesión presentándose informándole su cargo, funciones y actividades que va a realizar, preguntar las expectativas y puntos de vista que el paciente tiene, recolectar información por medio de la historia clínica entrevista y examen físico, explicar el plan anestésico, describir los riesgos que plantea la anestesia por medio del consentimiento informado, explicar sobre el manejo del dolor posoperatorio.(Klapfta & Roizen, 1996)

En otros casos los estudios han tratado de implementar nuevas técnicas que ayuden al entrevistador a comunicarse, ya sea por medio de la utilización de folletos durante la visita pre anestésica, que son capaces de responder a la mayoría de temores que los pacientes presentan sobre la anestesia. (Fitzgerald & Elder, 2008) Además se ha demostrado que el apoyo audiovisual durante la entrevista pre anestésica garantiza mayor porcentaje de información retenida y una mayor satisfacción del paciente. (Snyder-Ramos, Seintsch, Böttiger, Motsch,

Martin, & Bauer, Patient Satisfaction and Information Gain After the Preanesthetic Visit: A Comparison of Face-to-Face Interview, Brochure, and Video, 2005).

Probablemente uno de los beneficios que más se ha estudiado de brindar información al paciente, es la reducción que se ha observado en la presencia de la ansiedad pre quirúrgica y con ello todos los beneficios que implica. (Lee & Gin, Educating patient about anaesthesia: effects of various modes on patients knowledge, anxiety and satisfaction, 2005)(Guillen paredes, 2014)(Devine & Westlake, 1995) Es así que, muchos autores indican la entrega de información como la primera y principal actividad a realizar por parte del anestesiólogo en la preparación psicológica del paciente dentro la visita pre anestésica, previo a considerar alternativas farmacológicas de pre medicación del paciente. (Barash & Collen, Preanesthetics evaluation and Preparation, 2009)

2.5 Satisfacción con la Atención de Salud

La satisfacción del paciente con la atención de salud desde el punto de vista simplista puede ser muy difícil de definir y de medir, por lo que muchos investigadores la menosprecian y la concederán una variable o indicador poco específico y preciso, que no vale la pena ser analizado en la investigación científica.

Sin embargo, el tiempo ha demostrado lo contrario, en el ámbito de la salud ha pasado a ser uno de los principales indicadores tomados en cuenta para valorar la calidad de atención de salud. Ya que la OMS define a la calidad como *“el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta los factores y conocimientos del paciente y personal de salud para lograr un mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos buscando la máxima satisfacción del paciente en el proceso”* (Gonzales & Zulia, 2013)

Sin duda, la satisfacción es un término psicológico complicado, multidimensional y subjetivo; pero no por ello, no definible con claridad, en efecto la satisfacción no es más que el grado de congruencia que existe entre las expectativas del paciente y el cumplimiento del proveedor de salud. (Thomas R. Vetter, Nataliya V. Ivankova, & Jean-Francois Pittet, 2013)

En el campo de la atención en salud se ha llegado a la conclusión de que la satisfacción se debe básicamente a dos factores: la atención centrada en el paciente y la toma de decisiones compartida, (Thomas R. Vetter, Nataliya V. Ivankova, & Jean-Francois Pittet, 2013) entendiéndose por atención centrada en el paciente *“La experiencia (en la medida en que el paciente informado lo desee) de transparencia, individualización, reconocimiento, respeto, dignidad; y la*

elección en todos los asuntos, sin excepción, relacionados a la persona, las circunstancias y cuidado de la salud ... de incluir la experiencia de la familia y seres queridos de su elección” (Berwick, 2009)

En el campo de la anestesiología la satisfacción tan bien ha sido utilizada como indicador de calidad y más que nada como una medida de resultado ante intervenciones clínicas. Sin embargo, en la revisión de la literatura se observa que la mayoría de estudios no utilizan escalas con adecuadas propiedades psicométricas que hayan sido validadas, ni que tengan consistencia interna. Además se ha demostrado que las escalas de un solo ítem son incapaces de diferenciar la satisfacción en cada aspecto de la atención médica; y por lo general provoca que los valores sean erróneamente elevados. (Sarah F. Barnett, Ravi K. Alagar, Michael P. W. Grocott, Savvas Giannaris, John R. Dick, & Suneetha Ramani Moonesinghe, 2013)

La satisfacción donde más ha sido evaluada con respecto a la anestesia es en la calidad de recuperación pos anestésica, existen al menos dos instrumentos que cumplen todos los requerimientos psicométricos entre ellos el QoR 40, sin embargo, con respecto a la satisfacción en general con el proceso anestésico no existen hasta ahora escalas que cumplan estos requerimientos. (Sarah F. Barnett, Ravi K. Alagar, Michael P. W. Grocott, Savvas Giannaris, John R. Dick, & Suneetha Ramani Moonesinghe, 2013)

En el caso de la visita pre anestésica hasta hace poco no existía ningún instrumento validado para medir la satisfacción, y ese sigue siendo el caso en el mundo hispano hablante y anglosajón; en el año 2003 Snyder-Ramos de Alemania desarrolla un instrumento con excelentes propiedades psicométricas, consistencia interna y validación externa, diseñado exclusivamente para medir la

satisfacción como una medida de calidad de la visita pre anestésica. Desde ese entonces este trabajo sería citado en innumerables ocasiones por estudios que abordan la visita pre anestésica. (Snyder-Ramos, Seintsch, Böttiger, Motsch, Martin, & Bauer, Development of a questionnaire to assess the quality of the premedication visit, 2003)

Como se mencionó anteriormente, la satisfacción en todos los estudios referentes a anestesiología y los pocos que se refieren a la visita pre anestésica en particular, la toman como una medida de resultado (outcome) es decir una variable independiente para evaluar las diferentes intervenciones que se pueden realizar en el proceso anestésico; por ejemplo, existen estudios que mencionan que una entrevista pre anestésica de calidad con apoyo audiovisual e informativa puede influir en la satisfacción, así mismo, hay estudios que contradicen esta afirmación. (Lee & Gin, Educating patient about anaesthesia: effects of various modes on patients knowledge, anxiety and satisfaction, 2005)(Snyder-Ramos, Seintsch, Böttiger, Motsch, Martin, & Bauer, Patient Satisfaction and Information Gain After the Preanesthetic Visit: A Comparison of Face-to-Face Interview, Brochure, and Video, 2005)

Sin embargo la presente investigación bibliográfica nunca se ha utilizado esta variable como dependiente, es decir nunca se le ha tomado en cuenta como una intervención que el médico puede realizar para influir en otra variable o conseguir un resultado esperado, y dado que ciertos investigadores han mencionado que los pacientes con ansiedad pre quirúrgica por lo general están menos satisfechos, queda la hipótesis de si al incidir en la satisfacción con la visita pre anestésica se logra reducir la ansiedad pre quirúrgica.

CAPITULO III

Materiales Y Métodos

3.1 Planteamiento del Problema

¿Cuál es la relación entre el grado satisfacción de la visita pre anestésica con los niveles de ansiedad pre quirúrgica?

¿Cuál es la relación entre la calidad de información entregada en la visita pre anestésica con los niveles de ansiedad pre quirúrgica?

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad pre quirúrgica en el Hospital Enrique Garcés y su relación con factores socio demográficos (sexo, edad y escolaridad)?

3.2 Objetivos

- **General**

Relacionar los grados de satisfacción y la calidad de la información entregada en la visita pre anestésica, con los niveles de ansiedad durante el periodo pre quirúrgico; en el Hospital General Enrique Garcés de la ciudad de Quito, distrito Metropolitano, Provincia de Pichincha, Ecuador, de junio a agosto del 2016.

- **Específicos.**

1. Identificar la prevalencia de ansiedad en los pacientes pre quirúrgicos mediante la escala APAIS.
2. Medir el grado de satisfacción y calidad de información entregada durante la visita pre anestésica, mediante el cuestionario de satisfacción e información adquirida durante la visita pre anestésica desarrollado por Snyder Ramos
3. Establecer si los factores demográficos (sexo, edad y escolaridad) influyen en la prevalencia de ansiedad pre quirúrgica.
4. Identificar la necesidad de información existente luego de la visita pre anestésica mediante la escala APAIS

3.3 Hipótesis

Un alto grado de satisfacción y la calidad de la información entregada en la visita pre anestésica reduce la ansiedad del paciente durante el periodo pre quirúrgico

3.4 Metodología

3.4.1 Matriz de Variables

Variables independientes

- Información entregada
en la visita pre anestésica
- Satisfacción con la
visita pre anestésica



Variable dependiente

Ansiedad Pre quirúrgica

Variables moderadoras

Factores Sociodemográficos: edad, sexo escolaridad

3.4.2 Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALAS	Naturaleza de la Variable	Indicador
Ansiedad Pre quirúrgica	Estado emocional momentáneo caracterizado por sentimientos de disforia y alteraciones fisiológicas	<p>Escala APAIS para medir ansiedad</p> <p>< 13 no Ansiedad</p> <p>≥13 Ansiedad</p>	Cualitativa nominal	<p>F.A;</p> <p>F.R (porcentaje)</p>
Satisfacción	Proceso subjetivo que se define como confirmación de las expectativas	<p>Cuestionario satisfacción e información de la visita pre anestésica Snyder Ramos</p> <p>25-30 muy Satisfecho</p> <p>15-24 medianamente satisfecho</p> <p>5-14 poco satisfecho</p>	Cualitativa ordinal	<p>F.A;</p> <p>F.R (porcentaje)</p>
Información Pre anestésica	Información entregada en la visita pre anestésica sobre los riesgos, ventajas y	Cuestionario satisfacción e información de la visita pre anestésica Snyder Ramos	Cualitativa ordinal	<p>F.A;</p> <p>F.R (porcentaje)</p>

	desventajas de los procedimientos anestésicos y quirúrgicos	5-6 adecuada información 3-4 información regular 0-2 información insuficiente		
Edad	Años de vida desde el nacimiento	Según ciclo vital -18-40 años (adultos jóvenes) -41-64 años (adultos) -65 y mas años (adulto mayor)	Cualitativa ordinal	F.A; F.R (porcentaje)
Sexo	Características biológicas que definen al hombre o a la mujer	-Masculino -Femenino	Cualitativa nominal	F.A; F.R (porcentaje)
Escolaridad	Años aprobados en el sistema de educación formal	-Sin escolaridad -Primaria: -Secundaria: Superior:	Cualitativa ordinal	F.A; F.R (porcentaje)

3.4.3 Muestra

Teniendo como universo el número de cirugías programadas del último año (enero a diciembre del 2015), que son 3441 pacientes se aplica la fórmula de cálculo del valor de n usando un nivel de confianza de 95% (1,96), un margen de error del 7% (0,07) y una proporción del 80% (0,8) basada en la prevalencia encontrada en estudios internacionales.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

n= tamaño de la muestra.

N= tamaño del universo

Z= nivel de confianza

P= proporción esperada

e= margen de error máximo admitido

$$n = 3441 \cdot 1.96^2 \cdot 0,8(1-0,8) / ((3441-1) \cdot 0,07^2 + 1.96^2 \cdot 0,8(1-0,8))$$

n= 122 pacientes

Se realizó un muestreo aleatorio simple aplicando el estudio a todos los pacientes del servicio de anestesia para cirugías programadas a partir del mes de junio hasta completar la muestra.

Criterios de Inclusión

- Pacientes que se vayan a someter a cirugía programada
- Pacientes con riesgo anestésico ASA I y II
- Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado
- Pacientes mayores de 18 años
- Género femenino y masculino

Criterios de Exclusión

- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes que permanezcan hospitalizados menos de 24 horas
- Pacientes diagnosticados previamente de algún trastorno psiquiátrico
- Pacientes con alteración del estado de conciencia
- Pacientes que presenten dificultad para comunicarse (disartria, afasia, otoacusia, discapacidad intelectual)

3.4.4 Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal.

3.4.5 Procedimientos de Recolección de Información.

Se recolectó los datos necesarios para este estudio mediante la aplicación de encuestas realizadas a los pacientes que se sometieron a cirugía programada en el Hospital Enrique Garcés en los meses de junio y Julio del 2016. Las mismas que se realizaron una vez concluida la visita pre anestésica. Anexo 3

En la fase previa a la recolección de información se realizó una prueba piloto con el 5% de la muestra para evaluar la aplicación en este medio de los instrumentos que fueron utilizados en el estudio.

Primero se utilizó el cuestionario de satisfacción e información adquirida durante la visita pre anestésica desarrollado y validado por Snyder Ramos y colaboradores (Snyder-Ramos, Seintsch, Böttiger, Motsch, Martin, & Bauer, 2003) (Snyder-Ramos, Seintsch, Böttiger, Motsch, Martin, & Bauer, 2005). El cual consta de dos partes, la primera consiste en 5 preguntas específicas y una pregunta global para evaluar el grado de satisfacción con la visita pre anestésica. Con una sumatoria total de 5 a 30 puntos, siendo considerado de 5 a 14 poco satisfecho 15 a 24 medianamente satisfecho y 25 a 30 muy satisfecho. La segunda parte consiste en 6 preguntas de opción múltiple para evaluar la información adquirida por el paciente durante la visita pre anestésica, si la respuesta es correcta se asigna un punto y si la respuesta es incorrecta o no sabe no se asignan puntos, con una sumatoria máxima de 6 puntos, 5 a 6 adecuada información, 3 a 4 información regular y 0 a 2 información insuficiente. Anexo 2

En segundo lugar, se aplicó la encuesta APAIS la misma que consta de 6 preguntas divididas en 2 partes, 4 preguntas que evalúan el nivel de ansiedad

pre quirúrgica, expresadas como una escala de 5 puntos (nada a extremadamente), con una sumatoria que va desde 4 a 20 puntos, los autores recomiendan el punto de corte para fines investigativos en ≥ 13 puntos para definir como ansiedad pre quirúrgica. Y la segunda parte que evalúa la necesidad del paciente de obtener mayor información con respecto a la anestesia y cirugía que la que fue administrada por los médicos, con una sumatoria que va de 2 (no necesidad de información) a 10 (gran necesidad de información). (Moerman, Van Dam, Muller, & Oosting, 1996). Anexo 1

3.4.6 Plan de Análisis de Datos

Para la creación de una base datos y análisis estadísticos de las variables se utilizó el programa informático EPI- Info versión 7 para Windows.

Para el análisis descriptivo se obtuvo proporciones de todas las variables, las que fueron expresadas en frecuencias y porcentajes. Para el análisis inferencial se utilizó Odds Ratio (OR) como medida estadística de asociación entre variables cualitativas; y como medida de significancia la prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates con un error alfa de 5% y un Intervalo de confianza del 95%.

3.5 Aspectos Bioéticos

En la realización de este estudio se tomaron en consideración los principios bioéticos estipulados por la OMS.

3.5.1 Autonomía

“El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

- a. Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y
- b. Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables” (CIOMS. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias medicas, 1991)

Principio bioético que se garantizó con la realización del consentimiento informado individual. Anexo 4

3.5.2 No Maleficencia

“La investigación en seres humanos puede emplear observación o intervención física, química o psicológica; puede también generar registros o utilizar datos existentes que contengan información biomédica u otra información acerca de los individuos, quienes pueden o no ser identificados a partir de los registros o de la información” (CIOMS. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, 2002).

De acuerdo a estas normas se preserva la identidad de cada persona que participe en el estudio tal cual lo estipulan los documentos antes mencionados. El estudio implica la recolección de información que no será revelada a terceros, los investigadores tomaron medidas de protección para preservar la confidencialidad de la información obtenida.

Esta investigación involucra sujetos humanos los cuales no estuvieron expuestos a ningún riesgo, ya que la intervención fue mínima cumpliendo con el principio bioético de no maleficencia

3.5.3 Beneficencia

Obligación ética de maximizar el beneficio y minimiza el daño, este principio establece que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios esperados. (CIOMS. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, 2002)

La información recolectada no podrá ser entregada de manera inmediata a los profesionales de salud ni a los a pacientes debido a que no se encontraran tabulados y analizados los datos, además hacerlo previo a la recolección de toda la información puede generar un sesgo de intervención por parte de los médicos del área de anestesia.

Una vez analizados y tabulados los datos se entregará esta información al servicio de Anestesiología para que pueda ser analizada usada en la formulación de protocolos de la visita pre anestésica para beneficio de los pacientes.

3.6 Justificación

La ansiedad pre quirúrgica a pesar de ser un trastorno con alta prevalencia y que conlleva una serie de respuestas fisiológicas que pueden alterar el desarrollo y resultado de los procesos anestésico quirúrgicos, ha sido un tema poco estudiado por los investigadores en Ecuador y se tiene muy pocos datos al respecto. La ansiedad es aún más infravalorada en la práctica clínica, ya que, por lo general durante la visita pre anestésica no se realizan escalas estandarizadas para el diagnóstico y manejo de la ansiedad pre quirúrgica. Además, la entrevista que se desarrolla el día previo a la cirugía es por lo general impersonal y poco informativa, lo que podría contribuir a la ansiedad e insatisfacción del paciente.

En la revisión bibliográfica que hemos realizado se encontró que si bien existen estudios internacionales que relacionan la calidad de información entregada en la visita pre anestésica con la ansiedad pre quirúrgica, sus resultados no son extrapolables a este medio debido probablemente a las diferencias socioculturales. Además existe un vacío de conocimiento con respecto al grado de satisfacción del paciente con la visita pre anestésica y su relación con la ansiedad pre quirúrgica, debido a que no existen estudios que aborden específicamente este tema.

El propósito del presente estudio es establecer la relación que existe entre una visita pre anestésica de calidad definida por un alto grado de satisfacción y la efectividad en proporcionar información al paciente con la disminución de la ansiedad pre quirúrgica y por ende en los posibles eventos adversos que han sido demostrados por innumerables estudios. Se espera que esta investigación

sirva como referencia científica para incentivar a la formulación de nuevos protocolos de visita pre anestésica, en los que se preste importancia a la preparación psicológica del paciente para este evento estresante.

CAPITULO IV

Resultados

4.1 Características Sociodemográficas.

En total se estudiaron 140 pacientes, de los cuales 10 pacientes no cumplían con los criterios de inclusión, 7 pacientes utilizaron su derecho de negarse a participar en el estudio, el valor de n es de 123 pacientes, cuyas características demográficas se muestran en la tabla 1, de los cuales 48 (39.02%) fueron varones y 75 (60.98%) mujeres; con respecto a la edad 59 (47.97%) son jóvenes, 45 (36.59%) son adultos y 19 (15.45%) son adultos mayores. En cuanto a su nivel de instrucción el 4,88% no tiene instrucción alguna, el 33.33% han cursado primaria, el 43.90% ha cursado secundaria y el 17.89% ha cursado algún tipo de educación superior.

Tabla 1 Características demográficas de los pacientes sometidos a cirugía programada en el Hospital Enrique Garcés de junio a julio del 2016

VARIABLE	N (%)
EDAD (ciclo vital)	
Joven	59 (47.97%)
Adulto	45 (36.59%)
Adulto mayor	19 (15.44%)
SEXO	
Masculino	48 (39.02%)
Femenino	75 (60.98%)
ESCOLARIDAD	
Sin instrucción	6 (4.88%)
Primaria	41 (33.33%)
Secundaria	54 (43.90%)
Superior	22 (17.89%)

Autores: Esteban Pérez, Luis Zambrano

Fuente: Encuesta sobre ansiedad pre quirúrgica, grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la visita pre anestésica.

4.2 Estudio de la Ansiedad

En general, en la población estudiada se obtuvo un total de 51 pacientes que presentaron ansiedad, lo que corresponde a una prevalencia de 41.46% en la población estudiada, que extrapolada al universo con intervalos de confianza del 95%, estaría entre 32.65% y 50.69%, existió una prevalencia ligeramente mayor de ansiedad entre mujeres y hombres, mujeres 43.67% y hombres 39,58%. Sin embargo no se encontró ninguna asociación significativa entre las variables sexo y ansiedad con un valor de $p > 0.05$; tampoco se encontró alguna asociación estadísticamente significativa entre las variables demográficas de edad y escolaridad con la variable de ansiedad obteniéndose un valor de $p > 0.05$

Tabla 2

Ilustración 1 Prevalencia de Ansiedad

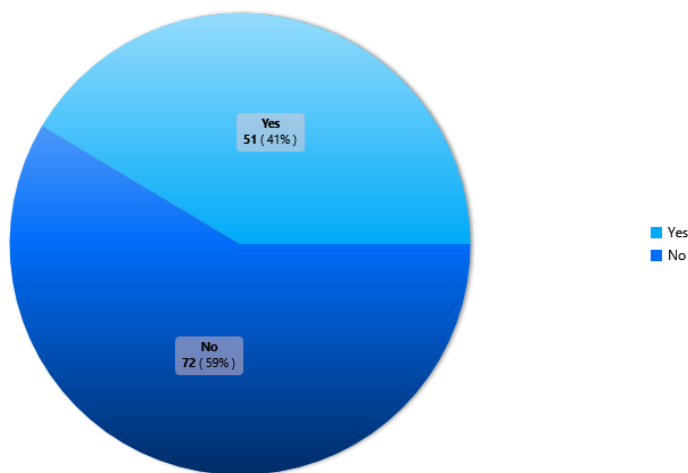


Tabla 2 Prevalencia de ansiedad pre quirúrgica según variables demográficas y variables independientes en el Hospital Enrique Garcés de junio a julio del 2016.

	N	Ansiedad N(%)	OR(95%IC)	Valor de P según Chi 2
EDAD (ciclo vital)				
Joven	59	24 (40,68%)	0.93 (0.4-1.9)	1.00
Adulto	45	19(42,22)	1.0 (0.4-2.2)	1.00
Adulto mayor	19	8 (42,11%)	1.0(0.3-2.7)	1.00
SEXO				
Masculino	48	19 (39,58%)	1,13 (0.5-2.3)	0.8
Femenino	75	32 (42,67%)		
ESCOLARIDAD				
Sin instrucción	6	1 (16,67%)	0.2 (0.03-2.3)	0.4
Primaria	41	18 (43,90%)	1.16 (0.5-2.4)	0.8
Secundaria	54	23 (42,59%)	1.0 (0.5-2.2)	0.96
Superior	22	9 (40,91%)	0.97 (0.3-2.4)	1.00
SATISFACCION				
Muy satisfecho	41	7 (17,07%)	0.17 (0.07-0.4)	0.0002
Medianamente satisfecho	63	27 (42,86%)	1.12 (0.5-2.32)	0.88
Poco satisfecho	19	17 (89,47%)	17.5(3.8-80.1)	0.00001
INFORMACION ADQUIRIDA				
Adecuada	17	4 (23,53%)	0.38(0.1-1.2)	0.17
Regular	39	16 (41,03%)	0.9(0.45-2.10)	1.00
Insuficiente	67	31 (46,27%)	1.5 (0.7-3.2)	0.3
NECESIDAD DE INFORMACION				
Si	57	34 (59,65%)	4.26(1.9-9.1)	0.0002
No	66	17 (25,76%)		

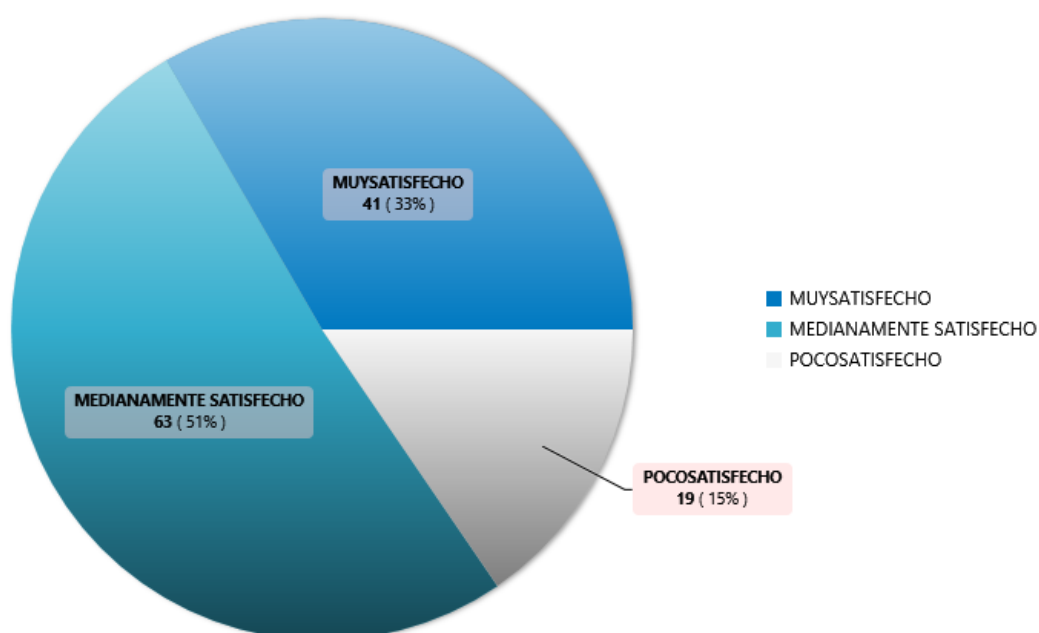
Autores: Esteban Pérez, Luis Zambrano

Fuente: Encuesta sobre ansiedad pre quirúrgica, grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la visita pre anestésica.

4.3 Estudio de Satisfacción

En lo pertinente al estudio de la variable satisfacción con respecto a la visita pre anestésica el 33.33% de los pacientes manifestó estar muy satisfecho, el 51.22% manifestó estar medianamente satisfecho y el 15,45% manifestó estar poco satisfecho. Tabla 3

Ilustración 2 Frecuencia Satisfacción

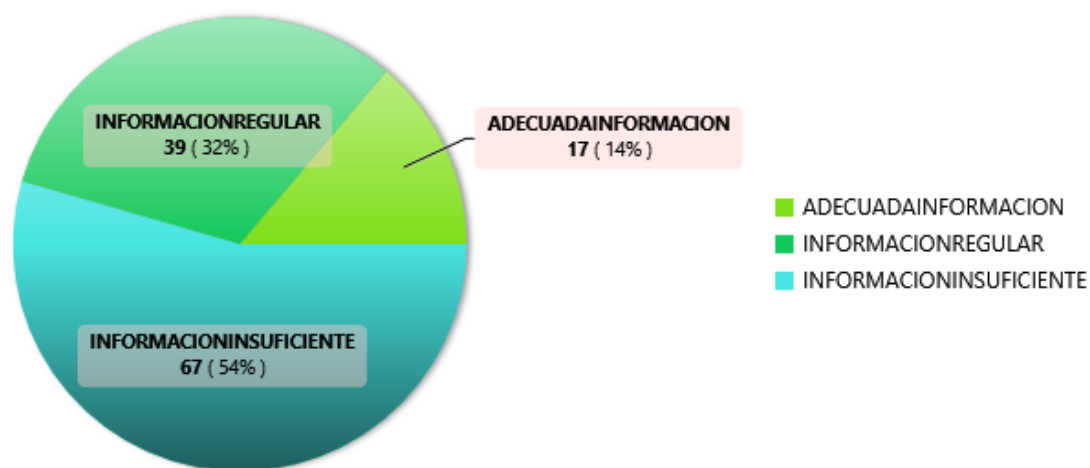


4.4 Información Adquirida

Respecto a la variable de información adquirida en la visita pre anestésica se observó que el 54.47% de los pacientes habían recibido una información insuficiente durante la visita pre anestésica, el 31.71% recibió una información regular durante esta misma y solo el 13,82% recibió una información adecuada.

Tabla 4

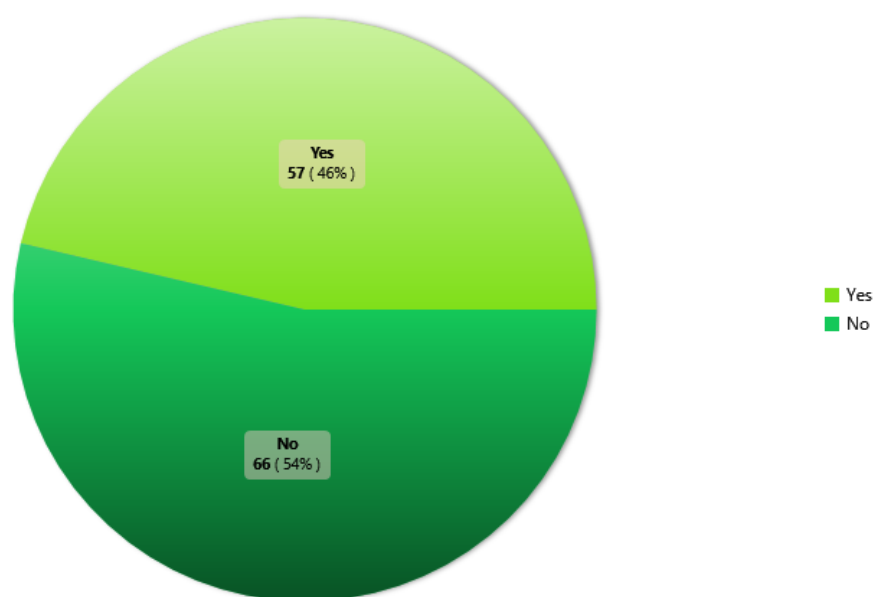
Ilustración 3 Frecuencia información adquirida



4.5 Necesidad de Información

En el análisis de la variable de necesidad de información adicional sobre el proceso anestésico quirúrgico recibida por el paciente se obtuvo que el 46.34% de los pacientes solicitaban información adicional a la entregada durante la visita pre anestésica. Tabla 5

Ilustración 4 Frecuencia Necesidad de información



4.6 Análisis Bivariado

4.6.1 Ansiedad y Satisfacción

En el análisis estadístico de la variable dependiente ansiedad con la variable independiente de satisfacción, se obtuvo una asociación significativa en todos los grupos, al comparar los pacientes muy satisfechos con los medianamente satisfechos se obtuvo un χ^2 corregido de 6.37 con una $p < 0,005$, OR de 3.64 y un Intervalo de Confianza del 95% (del 1.4 al 9.4). Igualmente se encontró asociación estadísticamente significativa entre el grupo muy satisfecho con el grupo poco satisfecho y cruzados con la variable de ansiedad con un $p < 0.005$ y un OR 41.2 con IC 95% (7.7-220). Además al comparar el grupo de medianamente satisfecho con pocos satisfechos también se obtuvo una $p < 0,05$ y un OR 11,33 con (IC 95% 2,4 al 53,2), con estos resultados se puede demostrar que existe una asociación significativa entre las variables satisfacción y ansiedad, concluyendo, que al estar medianamente satisfecho es 3.6 veces más probable que se desarrolle algún grado de ansiedad; también que el estar poco satisfecho presenta 41 veces más probabilidades de desarrollar ansiedad. A menor grado de satisfacción con la visita pre anestésica, mayor será la probabilidad del paciente de que presente ansiedad pre quirúrgica. Tabla 3.

Tabla 6,7.8 Anexo 5

Tabla 3 Asociación entre ansiedad pre quirúrgica con los grados de satisfacción con la visita pre anestésica en el Hospital Enrique Garcés de Junio a Julio del 2016

Variable Satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	OR (IC)	Valor de P según χ^2
Muy satisfecho	41	33.33%	0.17 (0.07-0.4)	0.0002
Medianamente satisfecho	63	51.22%	1.12 (0.5-2.32)	0.88
Poco Satisfecho	19	15.45%	17.5 (3.8-80.1)	0.00001

Autores: Esteban Pérez, Luis Zambrano

Fuente: Encuesta sobre ansiedad pre quirúrgica, grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la visita pre anestésica.

4.6.2 Ansiedad e Información Adquirida

Al realizar el análisis de la variable dependiente ansiedad con la variable independiente información adquirida en la visita pre anestésica no se encontró asociación estadísticamente significativa con un valor de $p > 0.05$. Tabla 4

Tabla 4 Asociación entre ansiedad pre quirúrgica e información adquirida durante la visita pre anestésica en el Hospital Enrique Garcés de junio a julio del 2016

<i>Variable Información Adquirida</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>	<i>OR (IC)</i>	<i>Valor de P según chi2</i>
<i>Adecuada información</i>	17	13.82%	0.38(0.1-1.2)	0.17
<i>Información Regular</i>	39	31.71%	0.9 (0.45-2.10)	1.00
<i>información Insuficiente</i>	67	54.47%	1.5 (0.7-3.2)	0.3

Autores: Esteban Pérez, Luis Zambrano

Fuente: Encuesta sobre ansiedad pre quirúrgica, grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la visita pre anestésica.

4.6.3 Ansiedad y Necesidad de Información

El análisis de la variable dependiente ansiedad con la variable independiente necesidad de información posterior a la visita pre anestésica se encontró asociación estadísticamente significativa con un valor de chi2 corregido de 13,1 con una $p < 0.05$, con un OR de 4,2, y un IC 95% (1,9-9,1) esto revela que es 4,2 veces más probable que el paciente que solicita mayor información con respecto al proceso anestésico quirúrgico presente ansiedad. Tabla 5 y Tabla 9 Anexo 5

Tabla 5 Asociación entre ansiedad pre quirúrgica y necesidad de información del paciente después de la visita pre anestésica en el Hospital Enrique Garcés de junio a julio del 2016

<i>Variable Necesidad de información</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>	<i>OR (IC)</i>	<i>Valor de P según chi2</i>
<i>Si</i>	57	46.34%	4.26 (1.9-9.1)	0,0002
<i>No</i>	66	53.66%		

Autores: Esteban Pérez, Luis Zambrano

Fuente: Encuesta sobre ansiedad pre quirúrgica, grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la visita pre anestésica.

4.6.4 Información Adquirida y Satisfacción

Al realizar al análisis estadístico para relacionar la variable de información adquirida con la variable de satisfacción se encontraron resultados significativos, chi2 corregido de 5.5, OR de 4.2 (IC95% 1.3-12.7) con p 0.01, esto significa que los pacientes que obtienen una adecuada información durante la visita pre anestésica tienen 4.2 veces más probabilidad a estar muy satisfechos.

Tabla 10 Anexo 5

4.6.5 Necesidad de Información y Satisfacción

En el estudio de las variables: necesidad de información y satisfacción se obtuvieron resultados significativos con un chi2 corregido de 6.6, con un valor de p 0.009, OR de 5.4, (IC95% 1.6 - 18). Esto quiere decir que los pacientes pocos satisfechos tienen 5.4 veces más probabilidades de solicitar una mayor información sobre el proceso anestésico quirúrgico. Tabla 11 Anexo 5

CAPITULO V

Discusión

En el primer hallazgo del presente estudio se encontró un valor de ansiedad pre quirúrgica del 41.46% con intervalos de confianza del 95%, entre 32.65% y 50.69%, que es significativamente menor que la prevalencia encontrada en estudios internacionales, como el de Jlala, French, Foxall, Hardman, & Bedforth, 2010, que varía del 60 al 80 %. En el Ecuador también se han encontrado niveles altos de ansiedad pre quirúrgica como es el caso de Naranjo & Salazar, 2012, estudio realizado en el hospital Eugenio Espejo y la Clínica Pichincha, en el que se encontró una prevalencia del 60.2%; también en el estudio realizado en Cuenca de Orellana Fanny 2015, se reveló como resultado una prevalencia de ansiedad del 71.4%.

Sin embargo, aunque es conocida la alta prevalencia de ansiedad pre quirúrgica, esta puede variar debido a numerosos factores como son: sociales, demográficos, tipo de intervención, calidad de la visita pre anestésica y los instrumentos que se utilicen para medirla como lo demuestra (Moerman N, 1996) en su estudio en el que desarrolló la escala APAIS, en el que encontró un valor de prevalencia de ansiedad de 32% que tiene mayor similitud con el resultado encontrado en este estudio.

Con respecto a las variables independiente tomadas en este estudio, que afectan a la ansiedad pre quirúrgica, las variables socio-demográficas no son estadísticamente significativas, lo que está demostrado en varios estudios, como los de (Naranjo & Salazar, 2012) (Dos Reis Quintao, 2010). A pesar de que la asociación no es significativa, estos datos concuerdan con los resultados

encontrado en la literatura científica correspondiente al tema, que revelan que las mujeres presentan un mayor nivel de ansiedad frente un proceso anestésico quirúrgico, así también, en el caso de los adultos que presentan mayor nivel de ansiedad en comparación con los otros grupos etarios analizados en este estudio.

Con respecto a la variable independiente de información adquirida, este estudio no demostró asociación estadísticamente significativa con la ansiedad pre quirúrgica, al contrario de lo que han demostrado numerosos estudios (Guillen Paredes, 2014) (Barash & Collen, 2009) en los que la información entregada en la visita pre anestésica es el factor que más reduce la ansiedad pre quirúrgica. Al parecer esto se puede deber a numerosos factores:

Primero, en la investigación realizada se observó que la información entregada en el Hospital General Enrique Garcés no es dada siempre por los médicos tratantes, sino que es entregada muchas veces por los médicos postgradistas del servicio de anestesiología, que no realizan una visita pre anestésica que incluya preparación psicológica.

Segundo, el nivel de instrucción de la población estudiada fue muy bajo, la mayoría de pacientes tiene solo instrucción primaria; por lo que, la información adquirida en la muestra comparada con otros estudios es muy baja con una información adquirida adecuada de solo el 17.82% frente a estudios internacionales que presentan valores del 80% (Moerman, Van Dam, Muller, & Oosting, 1996)

Tercero, la necesidad de información adicional de los pacientes del estudio después de la visita pre anestésica fue del 46,34% que en comparación con países desarrollados con un nivel de escolaridad mayor al nuestro donde se ha encontrado

una necesidad de información del proceso anestésico quirúrgico de hasta el 80% así lo demuestra Moerman N, 1996.

Por lo que se podría generar una hipótesis, en la población del hospital Enrique Garcés con un nivel de instrucción menor debido a sus características sociológicas la información sobre el proceso pre quirúrgico podría no ser una determinante en la ansiedad que se desarrolla ante este proceso.

No se ha encontrado literatura que haga referencia a esta relación entre calidad de la información entregada en la visita pre anestésica con población con bajo nivel académico, por lo que surge la necesidad de realizar estudios que analicen esta relación en poblaciones de similares condiciones, pues los estudios que se han realizado han sido en poblaciones con un mayor nivel de instrucción.

Existen muy pocos estudios en la literatura científica que hablen sobre la relación que existe entre satisfacción y ansiedad. La mayoría de estos estudios no utilizan instrumentos investigativos con propiedades psicométricas adecuadas y que tengan validación externa, usan cuestionarios de un solo ítem, lo que favorece a grados de satisfacción muy elevados. Referente a la visita pre anestésica solo existe un estudio el de (Snyder Ramos y Colaboradores, 2005) que a pesar de usar una escala con buenas propiedades psicométricas y perfectamente validada muestra una prevalencia de satisfacción mayor al 90%, en este estudio se utilizó dicha escala pero a diferencia del estudio de Ramos, se encontraron otros niveles de satisfacción: muy satisfecho 33.33%, medianamente satisfecho 51.22% y poco satisfecho 15.45%. Observando que en la población de estudio existe un nivel de satisfacción bajo en comparación con los resultados encontrados en otros países y otros estudios.

Esta baja satisfacción encontrada se puede explicar debido a la baja calidad de información entregada durante la visita pre anestésica, si se toma en cuenta que la relación entre satisfacción e información entregada es estadísticamente significativa, podemos decir que una de las principales causas de insatisfacción es haber recibido una información regular e inadecuada durante la visita pre anestésica

El propósito de este estudio ante el vacío encontrado en la literatura científica, era determinar la relación que existe entre la satisfacción con la visita pre anestésica y la ansiedad pre quirúrgica, se encontró una asociación estadísticamente significativa que demostró que un mayor grado de satisfacción con la visita pre anestésica, se relaciona con menor desarrollo de ansiedad pre quirúrgica. Las implicaciones de los resultados de este estudio podrían ser, que el servicio de Anestesiología del Hospital General Enrique Garcés decida que es necesario desarrollar un nuevo protocolo de visita pre anestésica que incluya una preparación psicológica adecuada, con la entrega de información de calidad acorde al nivel de instrucción del paciente, que garantice la satisfacción y así disminuir la ansiedad pre quirúrgica en sus pacientes.

Lamentablemente, no existen estudios nacionales, ni internacionales que analicen la satisfacción con la visita pre anestésica como una intervención que se puede realizar para disminuir la ansiedad, que nos permita comparar los resultados del estudio, por lo que es necesario realizar estudios analíticos de intervención (caso-control) que puedan demostrar nuestra hipótesis.

Limitaciones del estudio

El diseño metodológico de nuestro estudio al ser descriptivo, no permite establecer relaciones de causalidad, solo establecer asociaciones.

Al no existir otros estudios que establezcan relación de causalidad entre el estar insatisfecho con la visita pre anestésica y la ansiedad pre quirúrgica no se tuvo datos con los cuales comparar nuestros resultados.

CAPITULO VI

Conclusiones Y Recomendaciones

Luego de haber realizado la revisión bibliográfica de la literatura actual sobre el tema y haber hecho el análisis estadístico de la información recolectada se ha llegado a las siguientes conclusiones y recomendaciones. :

1. Mediante la utilización de la escala APAIS se logró identificar que los pacientes que fueron sometidos a cirugía electiva en el Hospital General Enrique Garcés presentaron una prevalencia del 41% de ansiedad pre quirúrgica. La misma que es muy inferior a prevalencias encontradas en otros hospitales públicos del país, pero sin embargo no menos importante. Se recomienda realizar más estudios sobre ansiedad pre quirúrgica, para poder establecer una prevalencia nacional.
2. La satisfacción del paciente con la visita pre anestésica es un factor determinante en la ansiedad pre quirúrgica, ya que, se evidenció que los pacientes con mayor grado de satisfacción, presentan menor nivel de ansiedad esto se debe a que la satisfacción es un determinante de calidad de atención. La satisfacción puede indicar y garantizar que se ha cumplido con todos los requerimientos de la visita pre anestésica incluido la preparación psicológica. Se recomienda la realización de estudios con diseño analítico de intervención para comprobar los hallazgos encontrados en este estudio.

3. No se demostró asociación estadísticamente significativa entre información adquirida y ansiedad pre quirúrgica contrario a lo evidenciado en la revisión bibliográfica, por lo que se puede concluir que en poblaciones menos instruidas y debido a sus características sociológicas, la información entregada durante la visita pre anestésica no cumple un papel preponderante en la ansiedad pre quirúrgica; sin embargo, si se encontró asociación estadísticamente significativa entre la necesidad de información después de la visita pre anestésica y el nivel de ansiedad pre quirúrgica, lo que habla de que la falta información, si juega un rol en la presencia de ansiedad. Ante la falta de estudios que aborden este tema en poblaciones menos instruidas, se recomienda la realización de nuevas investigaciones con diseño que permita responder a estas interrogantes.
4. Debido a la asociación estadísticamente significativa existente entre necesidad de información e información adquirida con la satisfacción del paciente, se puede concluir que uno de los principales determinantes de la satisfacción es la información que se le brinda al paciente para la toma de decisiones, respetando así su derecho a la autonomía.
5. La medición del grado de satisfacción y calidad de la información entregada durante la visita pre anestésica, se midió aplicando el cuestionario de Snyder Ramos, los resultados fueron, que los pacientes pre quirúrgicos obtienen una información insuficiente durante la visita pre anestésica, además estos se perciben medianamente satisfechos con la visita pre anestésica. Por lo tanto, se recomienda realizar un protocolo para la realización de una visita pre anestésica

de calidad, con la utilización de nuevas técnicas como, el apoyo audiovisual o trípticos que ya han demostrado su utilidad para proporcionar mayor información y garantizar plena satisfacción, brindado así una mejor atención a los pacientes.

6. Con respecto a la necesidad de información después de la visita pre anestésica se logró determinar que los pacientes requieren información tras las visita pre anestésica en un 46.34%. En referencia a esto se recomienda una mejora en la entrega de la información, asegurándose que los pacientes hayan entendido con claridad la información entregada, se recomienda además la realización de estudios que evalúen la necesidad de información comparándola en varios establecimientos.

BIBLIOGRAFÍA

American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation.

(2002). Practice advisory for preanesthesia evaluation: A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*, 96, 485-496.

ASA. (Marzo de 2012). Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation.

Anesthesiology, 116, 1-1.

Badner, N. H., Nielson, W. R., Munk, S., Kwiatkowska, C., & Gelb, A. W. (1990).

Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth*, 37, 444-447.

Barash, P. G., & Collen, B. F. (2009). Preanesthetics evaluation and Preparation.

En P. G. Barash (Ed.), *Clinical Anesthesia* (págs. 585-586). Wolters Kluger.

Berwick, D. M. (19 de mayo de 2009). What 'patient-centered' should mean:

confessions of an extremist. *Health affairs (project hope)*, 28(4), 555-565.

Calleja Salado, M. (s.f.). *La filosofía Helenística*. I.E.S Luis de Mamoens Ceuta ,

Filosofía. Ministerio de educación y ciencia de España.

Casado Morales, I. (1994). *Ansiedad, Stress y trastornos psicologicos*. Tesis,

Universidad complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Madrid.

CIOMS. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias medicas.

(1991). *Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios*

Epidemiológicos. Obtenido de Comité De Ética En Investigación En Seres Humanos Facultad De Medicina-Universidad De Chile.:
http://ceish.med.uchile.cl/textos/Pautas_eticas_internacionales_evaluacion_etica_estudios_epidemiologicos.pdf

CIOMS. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.
(2002). *Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos Santiago*. Obtenido de Universidad de Barcelona :
http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf

Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Ley organica de la salud*. Ley # 67, Quito.

Devine, E., & Westlake, S. (octubre de 1995). The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Ocology nursing forum*, 22(9), 1369-1381.

Dos Reis Quintao, S. (2010). *Validación de la versión portuguesa de la escala de ansiedad de Beck-Bai*. Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca, Departamento de psicología, psicobiología y metodología., Salamanca.

Egbert, L. D., Battit, G., Turndorf, H., & Beecher, H. (1963). The value of the preoperative visit by an anesthetist. A study of doctor-patient rapport. *JAMA*, 185(7), 553.

Egberth, L. D., & Jackson, S. H. (2013). Therapeutic Benefit of the Anesthesiologist–Patient Relationship. *Anesthesiology*, 119(12), 1465-1468.

Elisabeth H. Sandberg, P., Ritu Sharma, P., & Warren S. Sandberg, M. P. (2012).

Deficits in Retention for Verbally Presented Medical Information.

Anesthesiology, 117(10), 772-779.

Evidencias y recomendaciones Catálogo maestro de guías de práctica clínica:.

(2011). *Valoración Perioperatoria en Cirugía No Cardíaca en el Adulto*.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de presentaciones médicas.

Fernández Camino, H., Brujalence Hoyos, J., & Ortiz Carrasco, J. (2007). *Guía para*

la visita Prequirúrgica de Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Andalucía.

Fisher, L., Chair, J., Beckman, Kenneth, & Calkins, H. (2008). ACC/AHA 2007

Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for

Noncardiac Surgery: Executive Summary. *Anesthesia & Analgesia*, 16(3), 685-715.

Fitzgerald, B. M., & Elder, J. (2008). Will a 1-page informational handout decrease

patients' most common fears of anesthesia and surgery? *J Surg Educ.*, 65, 359-63.

Freud, S., & Bunker, H. A. (1936). The problem of Anxiety. English Translation.

American journal of Psychiatry, 93(5), 1254.

Gaudencio Bezerra, C. W. (1997). *Estudio transcultural de la ansiedad: adaptación*

del ISRA a la población brasileña. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de psicología, Madrid.

Gimeno Mora, A., & Soldado Matoses, M. (s.f.). *Protocolo de Evaluación Preanestésica: Valoración del Riesgo Preoperatorio Pruebas Complementarias Valoración Cardiológica y Pulmonar Preoperatoria*. Hospital General Universitario de Valencia, Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Valencia.

Gonzales, V., & Zulia, U. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: parametros de medición. *Revista de Ciencias Sociales.* , 19(4), 663-671.

Gron, A. (1995). El concepto de la Angustia en la obra de kierkegaard. *Revista de Filosofía*, 15, 15-30.

Guillen paredes, J. F. (2014). *información preoperatoria, Ansiedad y capacidad de afrontamiento ante el proceso quirúrgico y evolución posoperatoria*. Universidad de Granada, Departamento de medicina preventiva y salud publica. Granada: Editorial de la Univesidad de Granada.

Ip, H. Y., Abrishami, A., Peng, P. W., Wong, J., & Chung, F. (2009). Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption: A Qualitative Systematic Review. *Anesthesiology*, 111, 657-677.

Jhonston, M. (1980). Anxiety in surgical patients. *Psychological Medicine* , 10(145-152).

Jlala, H. A., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G., & Bedfordth, N. M. (january de 2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative

anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia.

British Journals of Medicine, 104(3), 369-374.

Kajal, S. D., Shrividya, C., & Pratibha, T. (August de 2015). Anaesthesia information booklet: Is it better than a pre-operative visit? *Indian Journal of Anaesthesia*, 59(8), 511-513.

Klafta, J. M., & Roizen, M. F. (12 de Julio de 1996). Current Understanding of Patients' Attitudes Toward and Preparation for Anesthesia: A Review. *Anesthesia and Analgesia*, 83, 1314-1321.

kluger, M., Tham, E., Coelman, N., Runciman, W., & Bullock, F. (2000). nadequate pre-operative evaluation and preparation: a review of 197 reports from the Australian Incident Monitoring Study. *Anaesthesia*, 55, 1173-1178.

Lee, A., & Gin, T. (Abril de 2005). Educating patient about anaesthesia: effects of various modes on patients knowledge, anxiety and satisfaction. *Current opinion in anesthesiology*, 18(2), 205-208.

Lee, A., Chui, P. T., & Gin, T. (2003). Educating patients about anesthesia: A systematic review of randomized controlled trials of media-based interventions. *Anesth Analg.*, 96, 1424–31.

Lee, J. (1949). The anaesthetic out-patient clinic. *Anaesthesia* , 4, 169-174.

Leigh, J., Walker, J., & janaganathan, P. (15 de Octubre de 1977). Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *British medical journal*, 2(6093), 987-989.

- Mena de la Rosa, M., & Rodriguez Mota, E. (2014). Valoración preanestésica. Importancia en el paciente quirúrgico. *Revista Hospital de Juarez Mexico*, 81(3), 193-198.
- Moerman, N., Van Dam, F. S., Muller, M. J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg*, 82, 445-451.
- Naranjo, K., & Salazar, J. (2012). *Comparación Del Nivel De Ansiedad En Los Pacientes De Cirugía Programada Mediante La Aplicación De La Escala De Ansiedad E Información Preoperatoria De Amsterdam Realizada En La Visita Pre Anestésica Y Comparada Con Grupo Control En Los Hospitales Eugenio Espejo Y Clínicas Pichincha, Marzo – Octubre 2012*. Tesis, Universidad Central Del Ecuador, Facultad de medicina, Quito.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2010). *Consentimiento clinico*. Recuperado el 16 de mayo de 2016, de Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://www.puce.edu.ec/documentos/Consentimiento-Clinico.pdf>.
- Ortega, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (Marzo de 2003). Ansiedad, Angustia y Estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Ortiz, J., & Suwei, W. (2015). Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety? *Revista brasileira de anestesiologia*, 65(1), 7-13.
- Perpiñá Galvañ, J. (2012). *Adaptación de una versión corta de la subescala de estado "STAI" de Spielberger en pacientes españoles conectados a*

ventilación mecánica invasiva. Tesis Doctoral, Universidad de Alicante,
Departamento de Enfermería , Alicante.

Pratamaporn Chanthong, M., Amir Abrishami, M., Jean Wong, F., Francisco Herrera, M., & Frances Chung, F. (2009,). Systematic Review of Questionnaires Measuring Patient Satisfaction in Ambulatory Anesthesia. *Anesthesiology*, 110(5), 1061-1067. .

Preanesthetics evaluation and Preparation. (2009). En P. G. Barash, B. F. Collen, & P. G. Barash (Ed.), *Clinical Anesthesia* (págs. 585-586). Wolters Kluger.

Queralto, J. M. (1994). Emoción y Cirugia . *Anales de psicología*, 10(2), 167-175.

Raymond A. Zollo, M., Stephen J. Lurie, M. P., Ronald Epstein, M., & Denham S. Ward, M. P. (2009). Patterns of Communication during the Preanesthesia Visit. *Anesthesiology*, 111(11), 971-978.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2009). *Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatria* (Vol. 10ª ED). New York: LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS. WOLTERS KLUWER HEALTH.

Sarah F. Barnett, M. B., Ravi K. Alagar, M. F., Michael P. W. Grocott, B. M., Savvas Giannaris, D. F., John R. Dick, M. F., & Suneetha Ramani Moonesinghe, B. F. (agosto de 2013). Patient-Satisfaction Measures in Anesthesia: Qualitative Systematic Review. *Anesthesiology*, 119, 452-478.

Snyder-Ramos, S. A., Seintsch, H., Böttiger, B. W., Motsch, J., Martin, E., & Bauer, M. (2003). Development of a questionnaire to assess the quality of the premedication visit. *Anaesthetist*, 52, 812-29.

Snyder-Ramos, S. A., Seintsch, H., Böttiger, B. W., Motsch, J., Martin, E., & Bauer, M. S. (2005). Patient Satisfaction and Information Gain After the Preanesthetic Visit: A Comparison of Face-to-Face Interview, Brochure, and Video. *Anesth Analg*, 100, 1753-8.

Solsona Dellá, B. (2012). *Evaluación preoperatoria, factores y escalas de riesgo*. Hospital universitario de Tarragona Joao XXIII, Departamento Catalan de salud.

Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). Manual for the Stait-trait Anxiety Inventory. *Counsolting psychologist press*.

Thomas R. Vetter, M. M., Nataliya V. Ivankova, P., & Jean-Francois Pittet, M. (agosto de 2013). Patient Satisfaction with Anesthesia: Beauty Is in the Eye of the Consumer. *Anesthesiology*, 119, 245-247.

Valenzuela-Millán, J., Barrera-Serrano, J. R., & Ornelas-Aguirre, J. M. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cirugía y Cirujanos*, 78(2), 151-156.

Williams, J., & Jones, J. R. (february de 1968). Psychophysiological responses to anesthesia and operation. *JAMA*, 203(5), 415-417.

ANEXOS

Anexo 1. Escala de Ansiedad e información pre quirúrgica de Ámsterdam (AP AIS)

	Nada	1	2	3	4	5	Extremadamente
1. Estoy inquieto con respecto a la anestesia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Pienso continuamente en la anestesia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Estoy inquieto con respecto a la cirugía		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Pienso continuamente en la cirugía		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la cirugía		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Las subescalas</i>							
Ansiedad relacionada con la anestesia	Sum A = 1 + 2						
Ansiedad relacionada con la cirugía	Sum S = 4 + 5						
Componente de deseo de información	= 3 + 6						
Componente de ansiedad combinada	Sum C = sum A + sum S (1 + 2 + 4 + 5)						

Anexo 2. Escala de satisfacción y calidad información entregada en la visita pre anestésica de Snyder Ramos

En desacuerdo

-3	-2	-1
----	----	----

En total Acuerdo

+	+	+
---	---	---

- 1.- La consulta pre anestésica se llevó a cabo bajo presión de tiempo.
- 2.- La explicación del médico fue fácil de entender.
- 3.- Algunas de mis preguntas no fueron contestadas de manera clara durante la visita pre anestésica
- 4.- Después de la visita pre anestésica se me informó sobre los procedimientos anestésicos que se me van a realizar.
- 5.- La información que me dieron en la visita pre anestésica debió haber sido más clara.
- 6.- Me siento contento con la visita pre anestésica

7: ¿Que es un anestesiólogo?

- A Enfermero
- B Doctor
- C Técnico medico
- D No lo sé / no lo recuerdo

8: ¿Dónde se encuentra el anestesiólogo durante la operación?

- A Él está conmigo todo el tiempo para controlar mis signos vitales.
- B El abandona el quirófano mientras el cirujano está monitorizando la anestesia.
- C El cuida a varios pacientes al mismo tiempo.
- D No lo sé / no lo recuerdo.

9: ¿Cómo se respira durante la anestesia general?

- A mediante ventilación mecánica por un tubo
- B Durante la cirugía no necesito respirar
- C Respiro normalmente.
- D no lo sé / no lo recuerdo

10: ¿Qué sabe usted sobre el dolor intenso después de la cirugía?

- A El dolor severo puede ser prevenido.
- B El dolor severo es una parte necesaria de la recuperación.
- C El dolor severo tiene que ser soportado/aguantado
- D No lo sé / no lo recuerdo

11: ¿Qué es cierto acerca de la duración de la anestesia?

- A La duración de la anestesia está determinada antes de la cirugía y no puede ser alterada después.
- B La duración de la anestesia puede ser prolongada tanto como sea necesario durante la cirugía.
- C La duración de la anestesia no puede ser predicha ni influenciada.
- D No lo sé / no lo recuerdo.

12: ¿Porque no se puede comer o beber antes de la anestesia?

- A Para que la anestesia pueda hacer efecto.
- B Para espesar el contenido del estómago.
- C Para prevenir que el contenido del estómago vaya a los pulmones.
- D No lo sé / no lo recuerdo.

Anexo 3. Cuestionario De Visita Preanestesica Y Ansiedad

Las siguientes preguntas están encaminadas en buscar la relación que existe entre grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la visita pre anestésica y su relación con los niveles de ansiedad pre quirúrgica. en pacientes que se someterán a cirugía programada en el Hospital General Enrique Garcés. Estas preguntas fueron obtenidas del cuestionario de satisfacción e información de la visita preanestesica Snyder Ramos, junto con escala de ansiedad y necesidad de información prequirurgica de Amsterdam.

El propósito del estudio es mejorar y formar protocolos de la realización de la visita preanestesica para beneficio de los paciente.

Edad: Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Escolaridad: Sin instrucción ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐

	Nada	1	2	3	4	5	Extremadamente
1. Estoy inquieto con respecto a la anestesia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Pienso continuamente en la anestesia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Estoy inquieto con respecto a la cirugía		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Pienso continuamente en la cirugía		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la cirugía .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1.- La consulta pre anestésica se llevó a cabo bajo presión de tiempo.

Totalmente en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Regular ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ totalmente de acuerdo ☐

2.- La explicación del médico fue fácil de entender.

Totalmente en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Regular ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ totalmente de acuerdo ☐

3.- Algunas de mis preguntas no fueron contestadas de manera clara durante la visita pre anestésica

Totalmente en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Regular ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ totalmente de acuerdo ☐

4.- Después de la visita pre anestésica se me informó sobre los procedimientos anestésicos que se me van a realizar.

Totalmente en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Regular ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ totalmente de acuerdo ☐

5.- La información que me dieron en la visita pre anestésica debió haber sido más clara.

Totalmente en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Regular ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ totalmente de acuerdo ☐

6.- Me siento contento con la visita pre anestésica

Totalmente en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Regular ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ totalmente de acuerdo ☐

7: ¿Que es un anestesiólogo?

- A Enfermero
- B Doctor
- C Técnico medico
- D No lo sé / no lo recuerdo

8: ¿Dónde se encuentra el anestesiólogo durante la operación?

- A Él está conmigo todo el tiempo para controlar mis signos vitales.
- B El abandona el quirófano mientras el cirujano está monitorizando la anestesia.
- C El cuida a varios pacientes al mismo tiempo.
- D No lo sé / no lo recuerdo.

9: ¿Cómo se respira durante la anestesia general?

- A mediante ventilación mecánica por un tubo
- B Durante la cirugía no necesito respirar
- C Respiro normalmente.
- D no lo sé / no lo recuerdo

10: ¿Qué sabe usted sobre el dolor intenso después de la cirugía?

- A El dolor severo puede ser prevenido.
- B El dolor severo es una parte necesaria de la recuperación.
- C El dolor severo tiene que ser soportado/aguantado
- D No lo sé / no lo recuerdo

11: ¿Qué es cierto acerca de la duración de la anestesia?

- A La duración de la anestesia está determinada antes de la cirugía y no puede ser alterada después.
- B La duración de la anestesia puede ser prolongada tanto como sea necesario durante la cirugía.
- C La duración de la anestesia no puede ser predicha ni influenciada.
- D No lo sé / no lo recuerdo.

12: ¿Porque no se puede comer o beber antes de la anestesia?

- A Para que la anestesia pueda hacer efecto.
- B Para espesar el contenido del estómago.
- C Para prevenir que el contenido del estómago vaya a los pulmones.
- D No lo sé / no lo recuerdo.

Anexo.4 Consentimiento Informado Pacientes

GRADO DE SATISFACION Y LA CALIDAD DE LA INFORMACION ENTREGADA EN LA VISITA PEANESTESICA Y SU RELACION CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD PREQUIRURGICA EN PACIENTES QUE SE SOMETERAN A CIRUGIA PROGRAMADA EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GACES E JUNIO A JULIO 2016.

Propósito

Consentimiento informado dirigido a hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, que son atendidos en el servicio de anestesia en el Hospital General Enrique Garcés para cirugía programada. Se les invita a participar en el proyecto de investigación “Grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la Visita pre anestésica y su relación con los Niveles de Ansiedad pre quirúrgica en pacientes que se someterán a cirugía programada en el Hospital General Enrique Garcés de Quito; de junio a julio del 2016

Investigadores principales

- Esteban Fabián Pérez Vega (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)
- Luis Vicente Zambrano Cedeño (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)

Organización

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

En vista que Ud. Tiene mas 18 años de edad, se encuentra hospitalizado en el Hospital General Enrique Garcés y ya ha recibido la visita pre anestésica previo a su cirugía programada ha sido seleccionado para participar en una investigación sobre. Grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la Visita Pre anestésica y su relación con los Niveles de Ansiedad pre quirúrgica Este estudio incluye la realización de una encuesta referente al tema que consta de 20 preguntas las cuales serán analizadas. Esto servirá para tener un mayor conocimiento sobre la ansiedad pre quirúrgica y su relación con la visita pre anestésica. Su decisión de participar es totalmente voluntaria y puede hablar con quién usted tenga más confianza de entre los investigadores para solicitarle cualquier información adicional acerca del estudio.

Confidencialidad

La información que Usted nos proporcione y que se recogerá durante la investigación solamente la revisarán los investigadores. En la base de datos de este estudio usted tendrá un número asignado como participante, y **NO CONSTARÁ SU NOMBRE NI SU CÉDULA DE CIUDADANÍA**, para mantener su anonimato. La información

será guardada en una computadora, asegurada con clave y codificada. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos del estudio. Las encuestas serán guardadas en un archivador bajo llave. El equipo de investigación hará todo lo posible para proteger su confidencialidad.

Componentes del estudio

Realizaremos una encuesta de 20 preguntas que incluirá datos sobre su edad, sexo, instrucción académica y dos escalas las cuales son escala de ansiedad e información pre quirúrgica de Ámsterdam y la escala de información adquirida de Snyder Ramos . Para lo cual contamos con la autorización de las autoridades respectivas. Usted puede decidir no contestar alguna de las preguntas o terminar la entrevista si desea.

Estos datos se guardaran en un archivo electrónico asegurado. Al final de la fase activa del estudio, borraremos este archivo para mantener su confidencialidad.

Los investigadores serán los encargados de analizar la información y al finalizar el estudio los resultados serán enviados al Director de la Institución y enviados a su correo electrónico si es que desea.

Riesgos sobre su Salud

El presente estudio no conlleva ningún riesgo para salud e integridad.

Tiempo de Participación

Hemos calculado que su participación en este estudio durará entre 15-20 minutos aproximadamente. Su participación en este estudio será sólo por una vez.

Los Resultados

Los resultados de la investigación los informaremos al final del estudio, en Agosto del 2016, a todos los interesados. La información sobre los resultados de este estudio será publicada, más NO sus datos personales.

Costos, incentivos y beneficios

Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio. El beneficio que Usted recibirá por su participación será conocer el resultado del análisis de las encuestas realizadas en el Hospital General Enrique Garcés, además que ayudará a establecer una idea clara de la relación entre grado de satisfacción y la calidad de la información entregada en la visita pre anestésica y su relación con los niveles de ansiedad pre quirúrgica. Si usted decidiera no participar, no le afectará de ninguna manera en la realización de la cirugía programada y puede dejar de participar en el momento que desee.

Contacto

Si tiene dudas sobre cualquier aspecto puede ponerse en contacto con los directores de la investigación, Esteban Fabián Pérez Vega y Luis Vicente Zambrano Cedeño. Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en

contacto con el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación.

Esteban Fabián Pérez Vega
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
12 de Octubre y Roca
Quito, Ecuador
Cel: 0993176182
Email: esteban_pv90@hotmail.com

Luis Vicente Zambrano Cedeño
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
12 de Octubre y Roca
Quito, Ecuador
Cel: 0997738993
Email: the.luiizx@gmail.com

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación sobre la grado de satisfacción y la calidad de la información entregada en la visita pre anestésica y su relación con los niveles de ansiedad pre quirúrgica en pacientes que se someterán a cirugía programada en el Hospital General Enrique Garcés e junio a julio 2016.

Entiendo que tomarán en cuenta a los hombres y mujeres mayores a 18 años de edad que se encuentren hospitalizados en el Hospital General Enrique Garcés, se me realizará una encuesta de 20 preguntas las cuales serán analizadas. Estoy informado de que no tendrá ningún costo para mí o mi familia. Este estudio contribuirá a identificar la relación grado de satisfacción y la calidad de la información entregada en la visita pre anestésica con los niveles de ansiedad pre quirúrgica. Entiendo que este estudio no me dará ningún incentivo para participar. El beneficio directo que recibiré del estudio, es la publicación de los resultados al final de la investigación.

Conozco el número de teléfono y el correo electrónico de las personas que me puede informar sobre las preguntas o inquietudes que pueda tener sobre la investigación.

He leído (o me han leído) la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y me han contestado en forma sencilla y satisfactoria las preguntas que he tenido.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de no contestar el cuestionario si así fuese mi deseo, sabiendo que esto no repercutirá en el ámbito académico o de conducta.

Si ____ No ____ Quisiera ser informado de los resultados de este estudio.

Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación.

Firma (o huella dactilar): _____ Fecha _____

Número del teléfono celular: _____ casa: _____

Número de identificación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Testigo(a): _____ Firma: _____

Datos del Investigador que toma la muestra:

Nombre y apellidos: _____ Firma: _____

Anexo 5. Tablas análisis bivariar

Tabla 6 Análisis estadístico bivariar entre los grupos muy satisfechos y medianamente satisfechos después de la visita pre anestésica con ansiedad pre quirúrgica.

	Ansiedad		
Satisfacción	Si	No	Total
Medianamente Satisfecho	27	36	63
Muy Satisfecho	7	34	41
Total	34	70	104

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
	Estimado	Menor	Mayor
Odds Ratio	3,6429	1,4027	9.4604 (T)
Análisis estadístico	Chi 2	Valor de P a 1 cola	Valor de P a 2 colas
Chi2 - corregido (Yates)	6,3778		0,011555867

Autores: Esteban Pérez, Luis Zambrano

Fuente: Encuesta sobre ansiedad pre quirúrgica, grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la visita pre anestésica.

Tabla 7 Análisis estadístico bivariar entre los grupos muy satisfechos y poco satisfechos después de la visita pre anestésica con ansiedad pre quirúrgica.

	Ansiedad		
Satisfacción	Yes	No	Total
Poco Satisfecho	17	2	19
Muy Satisfecho	7	34	41
Total	24	36	60

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
	Estimado	Menor	Mayor
Odds Ratio	41,2857	7,7264	220.6094 (T)
Análisis estadístico	Chi 2	Valor de P a 1 cola	Valor de P a 2 colas
Chi2 - corregido (Yates)	25,4204		0,00000046

Autores: Esteban Pérez, Luis Zambrano

Fuente: Encuesta sobre ansiedad pre quirúrgica, grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la visita pre anestésica.

Tabla 8 Análisis estadístico bivariado entre los grupos poco satisfechos y medianamente satisfechos después de la visita pre anestésica con ansiedad pre quirúrgica.

	Ansiedad		
Satisfacción	Yes	No	Total
Poco Satisfecho	17	2	19
Medianamente Satisfecho	27	36	63
Total	44	38	82

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
	Estimado	Menor	Mayor
Odds Ratio	11,3333	2,4107	53.2808 (T)
Análisis estadístico	Chi 2	Valor de P a 1 cola	Valor de P a 2 colas
Chi2 - corregido (Yates)	10,9513		0,000935394

Autores: Esteban Pérez, Luis Zambrano

Fuente: Encuesta sobre ansiedad pre quirúrgica, grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la visita pre anestésica.

Tabla 9 Análisis estadístico bivariado entre necesidad de información después de la visita pre anestésica con ansiedad pre quirúrgica.

	Ansiedad		
Necesidad de información	Yes	No	Total
Yes	34	23	57
No	17	49	66
Total	51	72	123

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
	Estimado	Menor	Mayor
Odds Ratio	4,2609	1,9838	9.1516 (T)
Análisis estadístico	Chi 2	Valor de P a 1 cola	Valor de P a 2 colas
Chi2 - corregido (Yates)	13,1118		0,000293437

Autores: Esteban Pérez, Luis Zambrano

Fuente: Encuesta sobre ansiedad pre quirúrgica, grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la visita pre anestésica.

Tabla 10 Análisis estadístico bivariado entre información adquirida en la visita pre anestésica con grado de satisfacción de la visita preanestésica

	Satisfacción		
información Adquirida	Muy satisfecho	Medianamente y Poco satisfecho	Total
Adecuada información	10	7	17
Información insuficiente	17	50	67
Total	27	57	84

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
	Estimado	Menor	Mayor
Odds Ratio	4,2017	1,3824	12.7705 (T)
Análisis estadístico	Chi 2	Valor de P a 1 cola	Valor de P a 2 colas
Chi2 - corregido (Yates)	5,507		0,018940334

Autores: Esteban Pérez, Luis Zambrano

Fuente: Encuesta sobre ansiedad pre quirúrgica, grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la visita pre anestésica.

Tabla 11 Análisis estadístico bivariado entre el grupo muy satisfechos y poco satisfechos después de la visita pre anestésica con necesidad de información

	Necesidad de información		
Satisfacción	Yes	No	Total
Poco Satisfecho	14	5	19
Muy satisfecho	14	27	41
Total	28	32	60

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
	Estimado	Menor	Mayor
Odds Ratio	5,4	1,6134	18.0737 (T)
Análisis estadístico	Chi 2	Valor de P a 1 cola	Valor de P a 2 colas
Chi2 - corregido (Yates)	6,6435		0,009951957

Autores: Esteban Pérez, Luis Zambrano

Fuente: Encuesta sobre ansiedad pre quirúrgica, grado de satisfacción y calidad de la información entregada en la visita pre anestésica.